

L.p. 34 / 2025

ZARZĄDZENIE Nr 34 /2025

Dyrektora 23 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ
w Łądku Zdroju z dnia 5.12.2025 r. w sprawie warunków rezerwacji oraz cennika dla
kuracjuszy korzystających z rehabilitacji leczniczej (pełnopłatnej).

§ 1

I. Warunki rezerwacji:

1. Rezerwacji pobytu można dokonać telefonicznie, e-mail lub osobiście w **Biurowie Obsługi Kuracjuszy przy ul. Orla 3**
Dysponujemy turnusami: 7-dniowymi, 14-dniowymi, 21-dniowymi (ilość dni stanowi sumę dni odpowiadających dobowi). Pobyt rozpoczyna się o godz. 16:00 w niedzielę, a kończy w sobotę o godz. 14:00.
2. Wysokość opłat za pobyt nie ulega zmniejszeniu, jeżeli pacjent spóźni się na turnus lub wyjedzie z własnej woli w trakcie kuracji (za wyjątkiem udokumentowanych sytuacji losowych – śmierć członka rodziny, choroby własnej lub najbliższej rodziny, skrócenia urlopu wypoczynkowego przez pracodawcę).
3. Korzystającym z leczenia pełnopłatnego w 23 WSzUR oferujemy rabat w wysokości:
 - a. 5% ceny począwszy od drugiego pobytu pełnopłatnego,
 - b. 10% ceny począwszy od piątego pobytu pełnopłatnego,
 - c. 15% ceny począwszy od dziesiątego pobytu pełnopłatnego.
 - d. dla żołnierzy i emerytów wojskowych oferujemy zniżkę w wysokości 10 % od naliczonej kwoty.
 - e. dokumentami uprawniającymi do zniżek są karty informacyjne lub rachunki za pobyt w 23 WSzUR a w przypadku żołnierza lub emeryta wojskowego legitymacja wojskowa lub legitymacja emeryta wojskowego.
4. Pacjent przyjeżdżający na leczenie przywozi ze sobą aktualną pełną dokumentację medyczną dotyczącą choroby zasadniczej i chorób towarzyszących oraz zaświadczenie o braku przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego.
5. Pacjent po dokonaniu rezerwacji otrzymuje druk rezerwacji z wyszczególnionymi warunkami pobytu i kwotą opłaty za pobyt oraz formularz wywiadu dotyczący przeciwwskazań do pobytu. Po przyjęciu warunków rezerwacji pacjent zobowiązany jest odesłać podpisany druk rezerwacji, wypełniony formularz wywiadu.
6. W przypadku stwierdzenia przez lekarza prowadzącego przeciwwskazań do leczenia pacjent nie zostanie przyjęty.

II. Ceny w cenniku obejmują

- a) Zakwaterowanie w pokojach 1 i 2 osobowych, całodienne wyżywienie – 3 posiłki serwowane do stolika (możliwość uwzględnienia diety – lekkostrawna, cukrzycowa)
- b) cztery zabiegi dziennie w dni powszednie – łącznie w turnusie 7 dniowym 20 zabiegów, w turnusie 14 dniowym 40 zabiegów oraz w turnusie 21-dniowym 60 zabiegów (za dni świąteczne zabiegi nie przysługują): ich rodzaj określa lekarz na podstawie przeprowadzonego badania
- c) z puli oferowanych przez szpital zabiegów wykluczone z pakietu są:
 - SIS (Super Indukcyjna Stymulacja)
 - komora hiperbaryczna



- d) wstęp do kompleksu basenowego bez limitu czasu
- e) całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską,
- f) dostęp do telewizji naziemnej na terenie 23 WSzUR, czajnik, lodówka w każdym pokoju bez dodatkowej opłaty

Koszty pobytu uzależnione są od rodzaju pokoju, w którym kuracjusz jest zakwaterowany. W przypadku braku pokoi 1 osobowych opłata za pokój 2 (dla 1 osoby) wg cennika jak za pokój 1 osobowy

CENNIK- z czterema zabiegami dziennie

Lp.	Rodzaj pokoju	7 dni	14 dni	21 dni
1	Pokój jednoosobowy	3 150 zł	6 300 zł	8 977,50 zł
2	Pokój dwuosobowy	2 800 zł	5 600 zł	7 980 zł

CENNIK- z czterema zabiegami dziennie oraz fizjoterapeutyczną diagnostyką funkcjonalną i ćwiczeniami indywidualnymi 45 minut/dziennie

Lp.	Rodzaj pokoju	7 dni	14 dni	21 dni
1	Pokój jednoosobowy	3 500 zł	7 000 zł	9 975 zł
2	Pokój dwuosobowy	3 150 zł	6 300 zł	8 977,50 zł

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01.01.2026 roku. Jednocześnie traci moc zarządzenie Nr 25/2024 z dnia 02.12.2024 r.

Załączniki:

Załącznik Nr 1 - druk rezerwacji oraz formularz wywiadu dotyczący przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu w 23 WSzUR.

Załącznik Nr 2 - oświadczenie o przetwarzaniu danych

DYREKTOR
23 Wojskowego Szpitala
Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego
SP ZOZ w Łądku-Zdroju
mgr inż. Zdzisław Puzio

Łądek Zdrój. dn.....

Sz. P.

Rezerwacja Nr/2025

Niniejszym uprzejmie informujemy, że przyjęliśmy Pana/Pani rezerwację na pobyt w 23 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskim - Rehabilitacyjnym zgodnie z zestawieniem :

Miejsce zgłoszenia : **Biuro Obsługi Kuracjusza**
Ul. Orla 3 57-540 Łądek Zdrój

Okres rezerwacji :

Pobyt rozpoczyna się kolacją, a kończy obiadem

Lp.	Imię Nazwisko	Turnus dni	Kwota zł	Wartość zł razem
1				

koszt- pobytu wynosi : i obejmuje: zakwaterowanie w **pok..... os.** z pełnym węzłem sanitarnym, wyżywienie, opiekę medyczną i 4 zabiegi lecznicze w dni powszednie (za dni świąteczne zabiegi nie przysługują). Wstęp na basen w tym jacuzzi i sauna w ramach pakietu oraz dostęp do telewizji naziemnej na terenie 23WSZUR, czajnik, lodówka – bez dodatkowej opłaty.

Obowiązuje także opłata uzdrowska 6,00 zł za dobę, płatna na miejscu.

W dniu rozpoczęcia kuracji prosimy o zgłoszenie się w BOK przy ul .Orlej 3 Paw. 3

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą otrzymania przez 23 WSZUR Biuro Obsługi Kuracjusza potwierdzonych własnoręcznym podpisem przyjęcia warunków rezerwacji.
2. Podpisany dokument można zeskanować i przesłać na adres e-mail bok@23wszur.pl a oryginał należy dostarczyć przy zameldowaniu.

Informujemy, że zasady przetwarzania danych osobowych zamieszczone są na stronie internetowej www.23wszur.pl w zakładce RODO.

.....
podpis pracownika dokonującego rezerw

.....
podpis osoby rezerwującej

REZERWACJA NR/2025

Umowę uważa się za zawartą z chwilą potwierdzenia przez zamawiającego warunków rezerwacji, wypełnionego wywiadu .**Opłata na miejscu**

.....
Podpis pracownika dokonującego rezerwacji

.....
Podpis
Pesel



odesłać

**TURNUS REHABILITACJI LECZNICZEJ / PEŁNOPLATNY /
DOTYCZY REZERWACJI NR /2025**

Wywiad

Celem wywiadu jest sprawdzenie czy nie występują przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego w Łądku Zdroju. Prosimy zaznaczyć znakiem **x odpowiednią odpowiedź**. Po wypełnieniu kwestionariusza proszę się pod nim podpisać i odesłać z potwierdzeniem warunków rezerwacji zostanie on dołączony do historii choroby. Serdecznie dziękujemy za rzetelne wypełnienie kwestionariusza.

1. Czy Pan(i) ma kłopoty z chodzeniem?

Tak

☐

Nie

☐

2. Jeżeli w punkcie 1 zaznaczył(a) Pan(i) **Tak** - to proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź, jeżeli zaznaczył(a) Pan(i) **NIE** - **to proszę ten punkt pominąć.**

- ☐ poruszam się przy pomocy laski
- ☐ poruszam się przy pomocy kul
- ☐ poruszam się przy pomocy balkoniku
- ☐ poruszam się za pomocą wózka

3. Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na choroby nowotworowe?

Nie

☐

Jestem w trakcie leczenia

☐

Jestem po leczeniu

☐

4. Czy występuje u Pan(i) niestabilne nadciśnienie?

Tak

☐

Nie

☐

5. Czy przebył(a) Pan(i) zawał mięśnia sercowego?

Tak

☐

Nie

☐

6. Czy przebył(a) Pan(i) udar mózgu?

Tak

☐

Nie

☐

P

7. Proszę zaznaczyć swój przedział wiekowy.

18 – 40 lat

☐

41- 70 lat

☐

powyżej 71 lat

☐

Data i czytelny podpis.....



OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **23 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (zwany w dalszej części „SZPITALEM”)** z siedzibą przy **Placu Mariańskim 7/8, 57-540 Łądek Zdrój, REGON: 890053731, NIP: 8811343809, KRS:0000012089** w celu wykonywania czynności niezbędnych do realizacji celów SZPITALA (w tym przede wszystkim w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych oraz zarządzania udzielaniem usług medycznych).
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(- am) się z treścią klauzuli informacyjnej SZPITALA, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również „*RODO*”), w tym z informacją o celu, czasie i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i czytelny podpis)

R