



Bundesministerium
für Gesundheit

*Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.*



Zdrowie dla wszystkich

Przewodnik po niemieckim systemie
opieki zdrowotnej

Zdrowie dla wszystkich

Przewodnik po niemieckim systemie
opieki zdrowotnej

Spis treści

1 Ubezpieczenie zdrowotne	5
› Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	5
› Prywatne ubezpieczenie zdrowotne	9
2 Opieka medyczna	10
› Opieka lekarska	11
› Opieka stomatologiczna	14
› Apteki i leki	15
› Opieka w szpitalu	17
3 Pomoc doraźna	23
4 Opieka zdrowotna	25
› Szczepienia ochronne	25
› Badania profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki	26
› Zdrowie dzieci	30
› Zdrowie kobiet	31
› Ciąża i poród	31
› Oferty dla osób uzależnionych od narkotyków i innych używek	32
5 Ubezpieczenie pielęgnacyjne	34
› Opieka pielęgnacyjna w warunkach domowych	35
› Opieka pielęgnacyjna w warunkach stacjonarnych	36
› Opiekunowie osób wymagających pielęgnacji	36

1 Ubezpieczenie zdrowotne

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

W Niemczech istnieją dwa systemy ubezpieczeń zdrowotnych: ubezpieczenie powszechne (Gesetzliche Krankenversicherung GKV) oraz ubezpieczenie prywatne (Private Krankenversicherung PKV). Dziewięćdziesiąt procent społeczeństwa, tj. ok. 70 mil. obywateli kraju jest ubezpieczonych w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i korzysta z szerokiej oferty i wysokiej jakości świadczeń medycznych. Każdy ubezpieczony w powszechnej kasie chorych płaci co miesiąc składkę do kasy chorych. Wysokość składki jest ustalana do górnej granicy podstawy wymiaru składek, która jest uzależniona od miesięcznego wynagrodzenia. Pozostałą część składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaca pracodawca.

Niezależnie od wysokości uiszczanych składek, od płci, wieku lub zachorowalności, wszyscy ubezpieczeni otrzymują takie same niezbędne świadczenia medyczne. Ta „zasada solidarności” jest fundamentem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech.

W przypadku choroby czy wypadku, gdy muszą Państwo skorzystać z pomocy lekarskiej w przychodni lub w szpitalu, koszty leczenia pokrywa kasa chorych. Osoby ubezpieczone w powszechnej kasie chorych są zobowiązane do uiszczenia tzw. „dopłat” (Zuzahlungen) do niektórych świadczeń. Dzieci i młodzież są zwolnione z prawie wszystkich dopłat. Kasa chorych ponosi koszty leków na receptę, które przepisał Państwu lekarz. Jeśli z powodu choroby nie mogą Państwo pracować, lekarka lub lekarz wystawią Państwu zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy. Zwolnienie to składa się z kilku części. Pierwszą część przedkładają Państwo w kasie chorych. Druga część zwolnienia nie zawiera diagnozy choroby i należy przekazać ją pracodawcy. Trzecia część jest przeznaczona dla Państwa. W przypadku niezdolności do pracy otrzymają Państwo w dalszym ciągu wynagrodzenie od swojego pracodawcy, przez okres do sześciu tygodni. Po upływie tego okresu mogą Państwo otrzymać z kasy chorych tzw. zasiłek chorobowy.

Kogo dotyczy obowiązek ubezpieczenia powszechnego?

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego dotyczy zatrudnionych z rocznymi dochodami poniżej określonej “granicy dochodów”. Ponadto obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają m.in. osoby kształcące się zawodowo, osoby poszukujące pracy, studenci, renciści i emeryci, artyści oraz publicyści.

Jeśli członkowie rodziny ubezpieczonego nie posiadają żadnych lub posiadają niskie dochody, wówczas zostaną oni bezpłatnie objęci ubezpieczeniem. Dzieci są współubezpieczone do określonego wieku. Górny pułap wieku zależy od tego, czy dzieci jeszcze się kształcą. Dzieci z upośledzeniem są współubezpieczone niezależnie od ich wieku, jeśli z powodu niepełnosprawności nie są w stanie samodzielnie się utrzymać.

Osoby prowadzące własną działalność gospodarczą lub pracownicy, których roczny dochód przekracza górną granicę rocznej wysokości dochodów, jak również urzędnicy państwowi mogą ubezpieczyć się w prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym lub – spełniając określone wymogi – dobrowolnie w ubezpieczeniu powszechnym.

Dowolny wybór kasy chorych

Kasę chorych mogą Państwo wybrać dowolnie. Składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne są z reguły takie same we wszystkich kasach chorych. Niektóre kasy chorych pobierają tzw. “dodatkowe składki” (Zusatzbeiträge). Kasy chorych mogą pobierać dodatkowe składki w różnej wysokości, jak również mogą oferować ubezpieczonym zniżki przy dopłatach. Proszę zasięgnąć informacji w Państwa kasie chorych, które świadczenia medyczne są finansowane ze środków kasy, a za które muszą Państwo ewentualnie zapłacić.

Niektóre kasy chorych wynagradzają swoich ubezpieczonych wypłacając im premie, np. jeśli regularnie wykonują oni badania profilaktyczne i uczestniczą w kursach profilaktyki zdrowotnej. Dlatego też warto, przed dokonaniem wyboru kasy chorych, zapoznać się i porównać poszczególne oferty świadczeń i usług.

W przypadku, gdy zamierzają Państwo zmienić kasę chorych, mogą Państwo z dwumiesięcznym wyprzedzeniem wypowiedzieć członkostwo w obecnej kasie i poszukać nowej kasy chorych.

Ważne:

- Członkostwo w wybranej kasie chorych musi z reguły trwać przez co najmniej 18 miesięcy
- **Wyjątek:** Jeśli Państwa kasa chorych wprowadzi dodatkową składkę lub ją podwyższy, mogą Państwo niezależnie od okresu trwania członkostwa wypowiedzieć umowę z kasą i złożyć wnioski o przystąpienie do nowej kasy chorych.

Świadczenia powszechnych kas chorych

Kasa chorych pokrywa koszty za usługi medyczne według zasady „wystarczający, wskazany oraz ekonomiczny”. Oznacza to, że za niektóre usługi medyczne muszą Państwo sami zapłacić. Dotyczy to np. pokoju jednoosobowego oraz opieki przez ordynatora w szpitalu.

Do ważniejszych świadczeń powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego należą:

- Opieka lekarska oraz leki przepisane na receptę,
- Pobyt w szpitalu oraz rehabilitacja,
- Opieka lekarska i położnicza w trakcie ciąży i porodu,
- Badania profilaktyczne i przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania chorób dla dzieci i osób dorosłych,
- Zalecane szczepienia ochronne,
- Przeglądy oraz leczenie stomatologiczne,
- Psychoterapię,
- W szczególnych przypadkach opiekę nad chorym w domu lub paliatywną (hospicyjną),
- środki lecznicze (Heilmittel) (obejmują one np.: fizjoterapię, zajęcia logopedyczne) oraz środki pomocnicze (Hilfsmittel) (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, protezy),
- Zasiłek chorobowy przeznaczony na własne utrzymanie (także dla ubezpieczonych, którzy muszą pielęgnować swoje chore dzieci).

Jeśli są Państwo ubezpieczeni w powszechnym ubezpieczeniu, mogą Państwo wykupić dodatkowe ubezpieczenie prywatne na określone świadczenia. Świadczenia te mogą obejmować m.in.: opiekę ordynatora, jednoosobowy pokój w szpitalu lub pełne pokrycie kosztów uzupełnień protetycznych i zakupu okularów. Uwaga: Składki w prywatnych kasach chorych na określone świadczenia muszą Państwo opłacać sami. Pracodawca nie pokrywa kosztów na dodatkowe ubezpieczenie prywatne.

Dopłaty/własny udział

Do niektórych świadczeń muszą Państwo dopłacić. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne (GKV) pokrywa np. koszty leków na receptę. Osoby ubezpieczone muszą dopłacić do danego leku. Dopłaty obowiązują również do leczenia tj. za potyt w szpitalu, przy zakupie środków pielęgnacyjnych i pomocniczych, do opieki pielęgnacyjnej w domu jak również do kosztów transportu.

Aby obciążenie finansowe nie było dla Państwa zbyt duże, istnieje granica obciążenia pacjenta, która wynosi maksymalnie dwa procent rocznych dochodów brutto, a dla osób przewlekle chorych jeden procent. Dzieci i młodzież do 18. roku życia są zwolnione z wszelkich dopłat. Ponadto szczególne przepisy mają zastosowanie wobec osób o niskich dochodach. Proszę zasięgnąć informacji w Państwa kasie chorych.

Jeśli dopłaty przekroczyły górny, roczny limit, wówczas z końcem roku kalendarzowego zostaną Państwo zwolnieni z uiszczania dopłat. Należy przechowywać wszystkie rachunki i paragony, np. w zeszycie na rachunki, który mogą Państwo otrzymać w kasie chorych.

Tak zwany własny udział (Eigenteil) uiszcza się wówczas, gdy pacjentka lub pacjent musi zakupić produkt (towar) podstawowy, także bez zalecenia lekarskiego. Na przykład przy zakupie jednej pary obuwia ortopedycznego dopłacają Państwo 76 euro.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PKV) muszą posiadać te osoby, które nie są objęte ubezpieczeniem powszechnym (GKV) oraz które nie posiadają innych zabezpieczeń zdrowotnych np. przysługujących w ramach ustawy o świadczeniach dla osób ubiegających się o azyl (Asylbewerberleistungsgesetz). Do tego grona należą np.: osoby prowadzące działalność gospodarczą, właściciele małych przedsiębiorstw, osoby wykonujące wolny zawód, urzędnicy państwowi oraz pracownicy z dochodami powyżej ustalonej granicy.

Składki w prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie są uzależnione od wysokości dochodów, lecz od ryzyka zachorowania. Przy wykupie ubezpieczenia prywatnego składki są uzależnione od wieku i stanu zdrowia danej osoby. Wysokość składki w prywatnym ubezpieczeniu jest ustalana według wybranych świadczeń. Umowa z ubezpieczycielem prywatnym może zawierać np. pokrycie kosztów uzupełnień protetycznych, opiekę ordynatora lub jednoosobowy pokój w szpitalu.

Każdy ubezpieczyciel prywatny jest zobowiązany do zaoferowania tzw. taryfy podstawowej (Basistarif), która pod względem świadczeń odpowiada w przybliżeniu ustawowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Prywatne kasy chorych nie mogą oddalić wniosku o przyznanie taryfy podstawowej ze względu na przebyte lub przewlekłe choroby.

Za członków rodziny muszą Państwo z reguły odprowadzić dodatkową składkę. Na ogół osoby ubezpieczone prywatnie płacą z góry za leczenie lekarskie, pobyt w szpitalu i leki. W późniejszym czasie koszty te zostaną im zwrócone w całości lub w części.

2 Opieka medyczna

Elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

Ważne:

Proszę zawsze mieć przy sobie elektroniczną kartę ubezpieczenia zdrowotnego (elektronische Gesundheitskarte), jeśli korzystają Państwo ze świadczeń medycznych. Od 1. stycznia 2015 roku elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego umożliwia dostęp do świadczeń medycznych oferowanych w ramach ubezpieczenia powszechnego. W mikroprocesorze zapisane są Państwa dane administracyjne. Dane to obejmują: nazwisko, datę urodzenia, adres, numer ubezpieczenia oraz status (np. pracobiorca, członek rodziny lub rencista). Ponadto na elektronicznej karcie ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się zdjęcie osoby ubezpieczonej.



Wzór karty zdrowia

Opieka lekarska

W Niemczech mogą Państwo dowolnie wybrać lekarza. Jeśli są Państwo ubezpieczeni w ubezpieczeniu powszechnym, mogą Państwo skorzystać z usług lekarzy, którzy zawarli umowy z ubezpieczycielem. Odnosi się to do większości praktykujących lekarzy. Proszę zwracać uwagę na wskazówki znajdujące się na wywieszkach w gabinetach np.: „Pacjenci wszystkich kas chorych” lub „wszystkie kasy chorych”

Ważne:

Zaleca się poszukać lekarza pierwszego kontaktu (w szczególności lekarkę lub lekarza internistę wzgl. lekarkę lub lekarza specjalistę medycyny ogólnej z wizytami domowymi) w pobliżu miejsca zamieszkania, do których mogą się Państwo zwrócić w pierwszej kolejności, w przypadku choroby lub z innymi problemami zdrowotnymi. Dużo łatwiej jest wspólnie dbać o zdrowie, jeśli korzystają Państwo z usług tego samego lekarza.

Jeśli zajdzie taka potrzeba, lekarz wypisze Państwu skierowanie do specjalisty (np. do laryngologa lub ortopedy). W przypadku choroby, mogą Państwo udać się bezpośrednio do przychodni specjalistycznej. Tam przeprowadzane są „proste” zabiegi operacyjne lub leczenie specjalistyczne, bez potrzeby udania się do szpitala.

Wizyta u lekarza

W przypadku choroby lub innych dolegliwości należy skontaktować się z lekarzem i ustalić termin badania. Do lekarza można się również udać bez wcześniejszego uzgodnienia terminu. W takim przypadku, czas oczekiwania może się znacznie wydłużyć. Dlatego też, zaleca się, uprzednio zadzwonić do przychodni lekarskiej i przedstawić swoje dolegliwości. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, gdy niemożliwe jest dotarcie do przychodni, proszę spytać, czy lekarz może przeprowadzić badanie u Państwa w domu.

Ważne:

- Lekarzowi rodzinnemu lub stomatologowi może znacznie pomóc, jeśli przygotują się Państwo do wizyty. Na przykład mogą Państwo sporządzić listę, która zawiera informacje dotyczące: dolegliwości, nazwy zażywanych leków oraz dane osobowe innego lekarza, który Państwa już zbadał albo leczył. Lista może zawierać również pytania, które chcieliby Państwo zadać lekarzowi.
- Jeśli posiadacie Państwo książeczkę szczepień (Impfpass) lub legitymację alergika (Alergiepass), proszę zabrać je ze sobą do lekarza. Jeśli będzie to konieczne, mogą Państwo również wziąć ze sobą zdjęcia rentgenowskie.
- Udając się do dentysty na badania profilaktyczne należy zabrać ze sobą kartę bonusową (Zahnarzt-Bonusheft).
- Jeśli Państwa kasa chorych oferuje programy bonusowe, proszę zabrać ze sobą kartę bonusową, udając się na badania profilaktyczne.

Jeśli nie władają Państwo dobrze językiem niemieckim, mogą Państwo skorzystać z pomocy innej osoby, która będzie dla Państwa tłumaczyć. Może to być członek rodziny lub przyjaciółka/przyjaciel, którzy lepiej władają językiem niemieckim. Proszę mieć na uwadze, że Państwa kasa chorych nie pokrywa kosztów usług tłumaczy zawodowych. Do dyspozycji są spisy lekarzy wielojęzycznych. Na stronie internetowej Federalnego Stowarzyszenia Lekarzy Pracujących w Kasach Chorych (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) znajdują Państwo informacje na temat lekarzy wielojęzycznych w danym regionie. Informacje te są również dostępne w formie App dla iOS i Android: BundesArztsuche

Rozmowa z lekarzem

Proszę spokojnie przedstawić lekarzowi powód swojej wizyty oraz dolegliwości. Ważne jest, aby miało miejsce wzajemne zrozumienie rozmówców, tj. aby lekarz rozumiał pacjenta i odwrotnie. Jeśli coś jest niezrozumiałe, proszę pytać. Proszę udzielić informacji, jeśli lekarka lub lekarz zapyta Państwa o to, czy palą Państwo papierosy, spożywają alkohol, uprawiają sport lub jak wygląda Państwa jadłospis. Informacje

te są ważne dla lekarza, gdyż mogą mu pomóc udzielić Państwu szybkiej i przede wszystkim właściwej pomocy.

Jeśli mają Państwo pytania odnośnie przepisanych przez lekarza leków, proszę o to zapytać. Ważne jest, aby przyjmowali Państwo lek według zaleceń lekarza. Nabywając leki w aptece również farmaceuci służą Państwu fachową poradą. Należy poinformować lekarza, jeśli lek spowodował działania niepożądane lub zapomnieli Państwo go zażyć. Jeśli Państwo poinformują o tym lekarza, będzie on w stanie udzielić Państwu szybkiej i właściwej pomocy, przepisując inne leki lub przeprowadzając inne leczenie.

Lekarka lub lekarz powinni Państwa poinformować:

- O chorobie, na którą Państwo najprawdopodobniej chorują
- O metodzie leczenia, którą ona lub on zaleca
- O skuteczności danej metody leczenia, czasie trwania leczenia, możliwych powikłaniach oraz czy leczenie jest bolesne
- Czy metoda leczenia złagodzi tylko dolegliwości, czy też wyleczy chorobę
- O innych dostępnych metodach leczenia
- O badaniach profilaktycznych, które powinni Państwo wykonać.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej

Ważne:

W Niemczech lekarze i personel przychodni lekarskiej nie mogą przekazywać osobom trzecim informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia lub Państwa rodziny. Oznacza to, że mogą Państwo szczerze rozmawiać z lekarzem na każdy temat. Zasada ta stanowi podstawę do wzajemnego zaufania między pacjentem a lekarzem. Bez Państwa wyraźnej zgody, lekarz nie może przekazywać informacji Państwa małżonkowi/małżonce lub innej osobie.

Opieka stomatologiczna

Kasa chorych ponosi koszty leczenia zachowawczego tj. leczenia na zachowanie uzębienia. Dotyczy to również przypadków, gdy zachowanie zębów jest niemożliwe i muszą zostać usunięte.

Zdrowe zęby to lepsza jakość życia. Dlatego też, należy regularnie zgłaszać się na badania stomatologiczne – nawet wówczas, gdy nie występują dolegliwości. Ustawowe kasy chorych ponoszą koszty profilaktycznych świadczeń stomatologicznych. Podczas tych badań można w porę wykryć choroby zębów i je wyleczyć. W kasie chorych można otrzymać „kartę bonusową” (Bonusheft). Do karty bonusowej wpisywane są przeprowadzone badania. Jeśli udokumentują Państwo, że przynajmniej raz w roku zgłaszali się na badania stomatologiczne do dentysty (poniżej 18 roku życia przynajmniej raz na pół roku), wówczas kasa chorych dopłacają więcej do uzupełnień protetycznych – jeśli są one konieczne.



Tak wygląda karta bonusowa

Uzupełnienia protetyczne

Wśród uzupełnień protetycznych wyróżniamy: koronki protetyczne, mostki i protezy. W zależności od diagnozy, kasy chorych finansują tzw. „dodatek stały” (Festzuschuss). Oznacza to, że kasa chorych pokrywa 50% kosztów niezbędnego leczenia stomatologicznego. Jeśli w okresie ostatnich pięciu lat, raz w roku kalendarzowym, zgłosili się Państwo na kontrolne badania stomatologiczne (karta bonusowa). Dopłata kasy chorych do uzupełnień protetycznych wzrasta do 60%, a po dziesięciu latach do 65%.

Plan leczenia i kosztów

Zanim otrzymają Państwo uzupełnienie protetyczne, gabinet stomatologiczny wystawi „plan leczenia i kosztów” (Heil- und Kostenplan). Dentysta opisuje w nim zakres planowanego leczenia protetycznego lub wybranej przez Państwa terapii protetycznej, która przekracza standardowe świadczenia protetyczne. Jeśli zdecydują się Państwo na droższe uzupełnienia protetyczne, wówczas muszą Państwo ponieść dodatkowe koszty.

Plan leczenia i kosztów należy podpisać dopiero wtedy, gdy będą Państwo wiedzieć, jaką część kosztów za leczenie protetyczne pokryje kasa chorych, a jaką część kosztów poniosą Państwo.

Po zakończonym leczeniu otrzymają Państwo rachunek za usługę medyczną, zawierający kwotę, którą muszą Państwo zapłacić. Jest to tzw. „własny wkład” (Eigeneinteil). W przypadku, gdy mają Państwo niskie dochody, proszę zasięgnąć informacji w kasie chorych na temat „ulg i zwolnień od opłat” (Härtefallregelungen). Osoby z niskimi dochodami mogą otrzymać wyższą dopłatę do uzupełnień protetycznych. W takich przypadkach, ważne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia skontaktować się z kasą chorych, w celu ustalenia obniżki własnego udziału w kosztach leczenia.

Apteki i leki

Leki i środki opatrunkowe są dostępne w aptekach (Apotheken). Nad drzwiami aptek znajduje się duża czerwona litera A. W dni powszednie apteki są czynne w regularnych godzinach pracy, natomiast w porze nocnej oraz w weekendy dyżur pełni apteka w pobliżu miejsca zamieszkania. Dyżury aptek mogą sprawdzić Państwo w internecie (wpisując hasło „Apothekennotdienst”). Na drzwiach aptek znajduje się wywieszka informująca, które apteki w najbliższej okolicy pełnią dyżur nocny lub w dni świąteczne.

Niektóre leki tzw. „leki dostępne na receptę” (verschreibungspflichtige Arzneimittel) otrzymają Państwo w aptece po przedłożeniu recepty (Rezept) wystawionej przez lekarza. Farmaceuta poinformuje Państwa

również, o jakiej porze dnia i w jaki sposób powinni Państwo zażywać leki. Może zaistnieć sytuacja, że dana apteka musi zamówić lek, także zwany „medykamentem” (Medikament). Farmaceuta poinformuje Państwa, kiedy będzie można odebrać lekarstwo.

Kasa chorych refunduje tylko koszty lekarstw przepisanych przez lekarza na tzw. czerwoną receptę. Szczególne przepisy dotyczą przepisywania środków znieczulających o silnym działaniu; leki te muszą zostać przepisane na specjalnej receptce na preparaty zawierające środki odurzające.

Do lekarstw, które przepisał lekarz muszą Państwo zazwyczaj dopłacić 10% ceny leku (przynajmniej 5 euro a najwyżej 10 euro). Jest to tzw. „dopłata” (Zuzahlung).

Przykłady:

- Za lekarstwo, które kosztuje 20 euro, dopłacają Państwo 5 euro
- Za lekarstwo, które kosztuje 80 euro, dopłacają Państwo 8 euro
- Za lekarstwo, które kosztuje 120 euro, dopłacają Państwo 10 euro

W żadnym przypadku nie płacą Państwo więcej, aniżeli kosztuje lekarstwo. Bez dopłat otrzymuje się leki:

- Dla dzieci do 18. roku życia.
- Dla kobiet w okresie ciąży lub porodu.

W przypadku osób ubezpieczonych w powszechnych kasach chorych, apteka rozlicza się bezpośrednio z kasą chorych, a Państwo uiszczają jedynie przewidzianą dopłatę do leku. Niektóre leki mają swoje odpowiedniki w „lekach generycznych” (Generika). Leki generyczne zawierają te same substancje używane w produkcji leku „oryginalnego”. Proszę spytać o to farmaceutę. Do niektórych leków generycznych nie muszą Państwo dopłacać.



Tak mogą wyglądać recepty

Opieka w szpitalu

Na leczenie do szpitala udają się Państwo w nagłym przypadku lub jeśli lekarz nie jest w stanie udzielić Państwu odpowiedniej opieki w przychodni. Ubezpieczeni w powszechnej kasie chorych nie mogą leczyć się w szpitalu prywatnym.

Skierowanie do szpitala

Lekarka lub lekarz stwierdza, czy muszą być Państwo leczeni w szpitalu i kieruje tam Państwa. W tym celu lekarz wystawia Państwu „skierowanie do szpitala” (Einweisungsschein), które należy wziąć ze sobą. Na skierowaniu lekarka lub lekarz wpisuje informację, który szpital jest wyspecjalizowany do przeprowadzenia leczenia. Proszę mieć na uwadze, że mogą powstać dodatkowe koszty, jeśli wybiorą Państwo inny szpital, niż ten na skierowaniu lekarskim.

Umowa ze szpitalem

W przypadku kilkudniowego pobytu w szpitalu, podpisują Państwo umowę ze szpitalem. Najczęściej umowa zostaje zawarta w formie pisemnej. Oznacza to, że umowę podpisuje zarówno szpital oraz Państwo.

Jakie kwestie reguluje umowa ze szpitalem?

- Leczenie szpitalne świadczone przez wykwalifikowany personel,
- Opiekę pielęgnacyjną świadczoną przez personel pielęgnacyjny,
- Pobyt i wyżywienie.

Jakie świadczenia pokrywa kasa chorych?

- Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- Koszty pobytu i wyżywienia.

Jakie koszty ponoszą Państwo?

- Dopłatę za każdy dzień pobytu w szpitalu (10 euro). Dotyczy to tylko osób dorosłych i okresu pobytu w szpitalu do 28. dni w roku kalendarzowym (= 280 euro). Nie dotyczy to kobiet zgłaszających się do porodu.
- Za opiekę świadczoną przez ordynatora lub za pokój jednoosobowy.

Ważne:

Jeśli posiadają Państwo prywatny pakiet zawierający dodatkowe świadczenia medyczne, należy zabrać ze sobą odpowiednie poświadczenie. W szpitalu może się okazać, że przed rozpoczęciem leczenia będą musieli Państwo ponieść pokaźne koszty, które później zwróci Państwu kasa chorych.

Umowę ze szpitalem należy podpisać tylko wtedy, gdy jej treść jest dla Państwa całkowicie zrozumiała. Proszę poprosić o kopię umowy. Jeśli coś będzie niezrozumiałe, proszę poprosić o wyjaśnienie. Mogą Państwo skorzystać z pomocy przyjaciół lub krewnych, którzy dobrze władają językiem niemieckim.

W szpitalu

Przed rozpoczęciem leczenia, lekarz przeprowadza z Państwem dokładną rozmowę tzw. „wywiad” (Anamnese). Rozmowa dotyczy historii Państwa choroby np. wcześniejszych zachorowań lub operacji jak również sytuacji życiowej, która może wpływać na Państwa zdrowie lub dalsze leczenie. Informacje te są ważne dla lekarki lub lekarza, aby mogli udzielić Państwu szybkiej i właściwej pomocy medycznej.

W szpitalu obowiązuje obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, co oznacza, że personel szpitalny nie może bez Państwa zgody przekazywać informacji z odbytych rozmów osobom trzecim. Decyzja o tym, czy można udzielić informacji współmałżonkowi, partnerowi życiowemu, członkom rodziny lub przyjaciołom, jak również kogo należy powiadomić w sytuacji doraźnej, należy wyłącznie do Państwa.

Ważne:

- Proszę zabrać ze sobą do szpitala ważne dokumenty, np. kartę ubezpieczenia zdrowotnego, skierowanie do szpitala, książeczkę szczepień i legitymację alergika. Jeśli posiadają Państwo inne dokumenty, jak np. rozporządzenie pacjenta (Patientenverfügung) lub pełnomocnictwo prewencyjne (Vorsorgevollmacht), proszę wziąć je również ze sobą.
- Ponadto należy zabrać do szpitala przedmioty osobiste, jak np. ubranie, ważne numery telefoniczne i niewielką sumę pieniędzy. Przedmioty wartościowe lepiej zostawić w domu.

Najczęstsze badania

W szpitalu wykonuje się najczęściej podstawowe badania, do których należy badanie krwi i serca. Może zostać zlecone wykonanie badania RTG. Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek wątpliwości, proszę się dokładnie dopytać, w jakim celu wykonywane są poszczególne badania. Może zaistnieć sytuacja, że przed zabiegiem chirurgicznym będą musieli Państwo oddać własną krew.

Przed operacją

Przed zabiegiem chirurgicznym lekarz jest zobowiązany do dokładnego poinformowania pacjenta o szansach i ryzyku planowanego zabiegu. Aby zabieg operacyjny mógł się odbyć, muszą Państwo podpisać „oświadczenie pacjenta” tzw. zgodę na operację (Einverständniserklärung). Zgoda pacjenta zawiera informacje dotyczące rodzaju i przebiegu planowanego zabiegu. Państwa podpis na oświadczeniu jest konieczny, aby operacja mogła się odbyć. Proszę się dopytać, jeśli coś jest dla Państwa niezrozumiałe.

Lekarka lub lekarz anestezjolog (Anästhesist/in) jest odpowiedzialna(y) za przebieg znieczulenia ogólnego podczas operacji. Przed zabiegiem operacyjnym lekarz anestezjolog omawia z Państwem w trakcie rozmowy sposób postępowania. Należy prosić o wyjaśnienie wszystkich ważnych dla Państwa kwestii. Zgodę na zabieg należy podpisać dopiero wówczas, gdy wszystko jest dla Państwa zrozumiałe.

Proszę przypomnieć personelowi szpitalnemu, aby wyrażali się w sposób zrozumiały, a wszelkie pojęcia medyczne Państwu wyjaśnili! Jeśli Państwo lub Państwa krewni nie władają wystarczająco językiem niemieckim, tak aby zrozumieć wyjaśnienia lekarza, należy stanowczo poprosić o tłumaczkę lub tłumacza. (Dolmetscher/in). Jeśli obecność tłumacza jest konieczna, aby Państwo mogli zrozumieć wyjaśnienia lekarza, wówczas szpital ponosi koszty tej usługi.

Proszę się poinformować, jak należy się zachować przed i po zabiegu operacyjnym. Aby zabieg się udał i rehabilitacja odniosła sukces, ważne jest, aby zrozumieli Państwo wszystkie wskazówki lekarza oraz się do

nich zastosowali. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy zaraz po zabiegu opuszczają Państwo szpital. Jeśli po zabiegu ból się nasila, proszę niezwłocznie poinformować o tym personel w szpitalu.

Dzień w szpitalu

W szpitalu otrzymają Państwo opiekę medyczną oraz zakwaterowanie i wyżywienie. Posiłki w szpitalu serwowane są o określonych porach. Jeśli Państwa krewni zamierzają przynieść żywność, proszę spytać personel szpitalny, czy i jakie produkty mogą Państwo spożywać. Po zabiegu może się okazać, że będą mogli Państwo spożywać tylko lekkostrawne produkty. Jeśli nie konsumują Państwo mięsa lub z powodów religijnych nie spożywają niektórych potraw, proszę o tym poinformować podczas przyjęcia do szpitala.

Nie muszą zabierać Państwo do szpitala pościeli. Natomiast należy zabrać ze sobą: bieliznę nocną (piżamę), szlafrok, dres, przybory toaletowe/kosmetyki do pielęgnacji ciała, okulary, aparat słuchowy itd.

Krewni mogą jak najbardziej odwiedzać Państwa w szpitalu. Zaleca się, aby odwiedziny w szpitalu odbywały się w godzinach wizyt. Proszę o wyrozumiałość, że podczas odwiedzin należy respektować potrzeby innych pacjentek i pacjentów, którzy po zabiegu operacyjnym potrzebują przede wszystkim spokoju i ciszy. Respektowanie potrzeb innych osób jest szczególnie ważne w szpitalu. Dlatego też, jeśli po zabiegu czują się Państwo na siłach, można udać się z odwiedzającymi do pokoju odwiedzin, do kawiarni lub do parku przyszpitalnego. Przede wszystkim: proszę dostosować liczbę odwiedzin do swojego stanu zdrowia.

Codziennie odbywa się obchód lekarski, podczas którego lekarze informują się o Państwa stanie zdrowia, tak aby zdecydować, czy i jakie dodatkowe leczenie jest konieczne. Wizyty lekarskie w szpitalach to tzw. „obchód” (Visite). Podczas wizyt mają Państwo okazję, aby zadać pytania.

Ważne:

Proszę powiedzieć, jeśli nie życzą Państwo sobie, aby w obecności innych osób rozmawiano na temat Państwa stanu zdrowia lub sprawdzano stan miejsca operowanego. W wielu szpitalach znajdują się oddzielne pomieszczenia służące do badań pacjentów.

Zanim opuścą Państwo szpital, proszę się poinformować, jak wygląda rehabilitacja po operacji. Na przykład może się okazać, że potrzebują Państwo leków lub muszą zachować dietę, albo muszą się Państwo udać do lekarza na badanie kontrolne po operacji. Zazwyczaj pracownicy służby społecznej w szpitalu, nadzorują, aby po wypisaniu ze szpitala mogli Państwo, bez długiego czasu oczekiwania, uzyskać opiekę lekarską i pielęgniacyjną. Wychodząc ze szpitala, pacjent dostaje kartę informacyjną (tzw. wypis), którą należy przekazać lekarzowi rodzinnemu.

3 Pomoc doraźna

Pomoc doraźna to zachorowanie lub obrażenie zagrażające życiu i wymagające natychmiastowej opieki lekarskiej. Są to: wysoka temperatura, złamanie kończyn, urazy głowy, silne krwawienia, zaburzenia oddychania, zatrucie lub nieprzytomność. Z usług pomocy doraźnej nie należy korzystać, jeśli ktoś zapomniał zażyć lekarstwa, potrzebuje zwolnienia lekarskiego lub nie chce czekać w przychodni na badanie lekarskie. Szpitale leczą pacjentki i pacjentów, którzy wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Kto tego nie respektuje, ten opóźnia i utrudnia udzielenie pomocy innym pacjentom z nagłymi przypadkami.

Ważne:

- Jeśli uznają Państwo, że ktoś znajduje się w sytuacji zagrażającej życiu np. po ciężkim wypadku samochodowym, proszę zadzwonić na pogotowie ratunkowe (Rettungsdienst) pod numer alarmowy 112. Alarmując pogotowie należy spokojnie i wyraźnie powiedzieć, gdzie znajduje się dana osoba, co się wydarzyło oraz jaki jest jej stan. W trakcie rozmowy należy uważnie słuchać tego, co mówi dyspozytor i odpowiadać na wszystkie pytania, najlepiej jak Państwo potrafią.
- W sytuacji doraźnej, ale niezagrażającej życiu, należy przywieźć osobę chorą lub po doznanych obrażeniach do najbliższego ambulatorium przyszpitalnego. Jeśli są Państwo zdania, że osoba poszkodowana może doznać obrażeń podczas transportu, wówczas proszę zadzwonić na numer alarmowy 112 (pogotowie ratunkowe)
- Jeśli konieczna jest porada lekarska poza godzinami przyjęć w przychodni (np. w nocy lub w dni świąteczne) i nie mogą Państwo czekać aż przychodnia lekarska będzie otwarta, wówczas proszę zadzwonić do służby dyżurnej (ärztlichen Bereitschaftsdienst) pod numer tel.116 117. Na terenie Niemiec można dzwonić pod ten numer bezpłatnie i bez podawania numeru kierunkowego – niezależnie od tego, czy dzwonią Państwo z telefonu stacjonarnego, czy z komórki. W nocy, w weekend lub w dni świąteczne zostaną Państwo połączeni ze służą doraźnej pomocy znajdującą się w pobliżu miejsca zamieszkania.

Wiedza na temat udzielania pierwszej pomocy, zanim przybędzie specjalistyczna pomoc medyczna, nabiera znaczenia szczególnie wtedy, gdy ma się rodzinę. Na kursach pierwszej pomocy można się tego nauczyć. Wiele stowarzyszeń i placówek oświatowych oferuje tego rodzaju kursy. To czego nauczą się Państwo podczas kursu pierwszej pomocy, może okazać się w nagłych wypadkach na wagę życia – zarówno dla Państwa, jak i dla innych osób.

4 Opieka zdrowotna

Szczepienia ochronne

Każdego roku odnotowuje się tysiące zachorowań na groźne choroby zakaźne. Szczepienia ochronne (Impfungen) stanowią skuteczną ochronę przed chorobami i ich następstwami, które są wywoływane przez bakterie i wirusy. Im większa liczba zaszczepionych osób na dane choroby zakaźne, tym mniejsze ryzyko rozprzestrzeniania się wirusów wśród społeczeństwa. Proszę porozmawiać z lekarką lub lekarzem na temat szczepień ochronnych – dla siebie i swoich dzieci.

W Niemczech wydaje się zalecenia dotyczące zgłaszania się na szczepienia ochronne. Dzieci są szczepione na choroby zakaźne podczas badań bilansowych („U” – Untersuchungen). Czasami zachodzi potrzeba podania kilku dawek szczepionki, tak aby skutecznie chroniła przed wirusami. Niekiedy konieczne jest podanie dawki przypominającej w wieku dorosłym. Kasa chorych ponosi koszty szczepień zalecanych oraz częściowo koszty szczepień przed podróżą.

Jeśli dopiero od niedawna mieszkają Państwo na terenie Niemiec, proszę sprawdzić u lekarza, jakie szczepionki otrzymali Państwo i Państwa dzieci. Książeczki szczepień (Impfpass) zawierają wpisy, jakie szczepienia Państwo już otrzymali. Jeśli nie posiadają Państwo książeczki szczepień, proszę spytać w przychodni lekarskiej lub w kasie chorych.

Ważne:

Proszę zaszczepić siebie i Państwa dzieci! Szczepienia chronią przed chorobami zakaźnymi, nie tylko Państwa, ale także Państwa rodzinę i inne osoby z Państwa otoczenia. Szczepienia zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych takich jak: odra, paraliż dziecięcy, krztusiec lub grypa. Proszę zabrać ze sobą na każdą wizytę u lekarza książeczkę szczepień!



Tak wygląda książeczka szczepień

Badania profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki

Kasa chorych pokrywa koszty badań kontrolnych dla dzieci, młodzieży i dorosłych, które służą wczesnemu wykryciu chorób, obciążen zdrowotnych i ryzyka wystąpienia choroby tzw. „profilaktyczne badania okresowe” (Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen). Kto regularnie wykonuje badania kontrolne, ten oddaje ogromną przysługę swojemu zdrowiu. Niektóre kasy chorych oferują ubezpieczonym tzw. „programy (punkty) bonusowe”, jako zachętę do wykonywania badań. Proszę zasięgnąć informacji w kasie chorych, czy oferuje ona programy bonusowe.

Badanie ogólnego stanu zdrowia (check-up)

Obecnie kobiety i mężczyźni, którzy ukończyli 35. rok życia mogą wykonać raz na trzy lata badanie ogólnego stanu zdrowia („Check-up”) w kierunku wczesnego wykrycia chorób układu krążenia, cukrzycy (diabetes mellitus) i chorób nerek.

Wszyscy praktykujący lekarze pierwszego kontaktu lub specjaliści chorób wewnętrznych mogą wykonać to badanie.

Aby ocenić indywidualne ryzyko zachorowania zostaną Państwo poproszeni o udzielenie informacji na temat przebytych chorób, czynników ryzyka (np. braku aktywności ruchowej) oraz historii chorób w rodzinie. Następnie lekarz bada pacjenta (np. uciska i opukuje określone miejsca na ciele). W skład badania wchodzi również mierzenie ciśnienia krwi na ramieniu i badanie krwi, które umożliwia stwierdzenie poziomu cukru we krwi (glikemii) oraz cholesterolu. Badanie moczu wchodzi również w skład badania „Check-up”. Lekarze mogą na podstawie wyników badań zalecić działania prewencyjne np. kursy aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania lub na przewyciężanie stresu. W tym celu, otrzymają Państwo w przychodni zaświadczenie lekarskie do przedłożenia w kasie chorych.

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka skóry

Rak skóry to jeden z najczęściej spotykanych rodzajów nowotworów. Jeśli wykryje się go w porę, tym większe są szanse na wyleczenie. Dlatego też, tak ważne jest, aby jakiegokolwiek zmiany na skórze – w szczególności pieprzyki lub znamiona – dokładnie obserwować i regularnie badać.

Po ukończeniu 35. roku życia mogą Państwo, na koszt kasy chorych, raz na dwa lata wykonać badanie przesiewowe w kierunku raka skóry. Celem badania jest wczesne wykrycie trzech najczęściej występujących nowotworów skóry. Są to: „czarny rak skóry” (maligne Melanom) oraz nabłoniak podstawnokomórkowy (basalzell karzinom) i płaskonabłonkowy (plattenepithel karzinom/spinaliom). W trakcie badania lekarz bada gołym okiem skórę pacjenta na całym ciele, aby wykryć nietypowe zmiany na skórze. Proszę się zapytać w przychodni, czy lekarz może wykonać to badanie. Badanie to powinno wchodzić w skład badania ogólnego „Check-up”. Badania przesiewowe w kierunku raka skóry mogą wykonać Państwo również w gabinecie dermatologicznym u specjalisty z zakresu chorób skóry i wenerycznych tj. lekarki lub lekarza dermatologa (Dermatologe/in)

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka jelita grubego

Rak jelita grubego to jeden z najczęstszych nowotworów. Jeśli wykryje się go w porę, tym większe są szanse na wyleczenie. Rak jelita grubego rozwija się nie dając przez wiele lat żadnych symptomów. Stan przednowotworowy, który nie jest jeszcze nowotworem, charakteryzuje się obecnością polipów i gruczolaków w jelicie grubym. Nie zawsze można zaobserwować gołym okiem krew w stolcu, ze względu na jej minimalne ślady. Dlatego też, kasy chorych oferują kobietom i mężczyznom po 50. roku życia, dwa badania profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka jelita grubego:

- Badanie kału na krew utajoną oraz
- Badanie jelita grubego za pomocą kolonoskopii. Metoda ta pozwala wykryć w porę i usunąć polipy, czyli tzw. stan przedrakowy. W ten sposób można zahamować rozwój raka jelita grubego.

Proszę spytać lekarkę lub lekarza, które z tych badań zaleca wykonać oraz czy może sama/sam je wykonać.

Ważne:

Jeśli zauważą Państwo krew w stolcu, należy niezwłocznie udać się do lekarza.

Badania profilaktyczne dla kobiet:

Badanie przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy

Każda kobieta po 20. roku życia może raz na rok wykonać badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka. Badanie to ma na celu, wczesne wykrycie nieprawidłowości i przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, zanim jeszcze w pełni rozwinię się nowotwór szyjki macicy. Badanie to wykonuje lekarz chorób kobiecych i położnictwa (Gynäkologie). Ważne jest, aby zaufali Państwo lekarzowi oraz wiedzieli, że w gabinecie lekarskim uwzględnia się strefę intymną pacjentów. W trakcie uzgadniania terminu proszę spytać, na co należy zwrócić uwagę przed badaniem.

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka piersi

Rak piersi jest najczęstszym na świecie kobiecym nowotworem. Obecnie szanse na wyleczenie są bardzo duże, jako że, kobiety mogą wykonać badania profilaktyczne. Dla kobiet po 30. roku życia oferowane są co roku badania piersi. Ginekolog ogląda piersi pod kątem zmian. Kobiety między 50. a 69. rokiem życia otrzymują pisemne zaproszenie na dobrowolne badanie rentgenowskie piersi, czyli tzw. „mammografię” (Mammographie-Screening). Mammografia to metoda obrazowania gruczołu piersiowego z użyciem promieni rentgenowskich. Po badaniu radiolog ogląda i opisuje zdjęcia. Powszechne kasy chorych ponoszą koszty badań.

Badanie przesiewowe: zakażenie Chlamydia trachomatis

Do najczęstszych chorób na świecie przenoszonych drogą płciową należą zakażenia Chlamydia trachomatis (nazwa pochodzi od bakterii „Chlamydia trachomatis”). Zakażenie, które jest przenoszone drogą płciową dotyka zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Nierozpoznana infekcja u kobiet może nawet prowadzić do bezpłodności. Gdy zakażenie chlamydiami zostanie w porę rozpoznane i leczone, wówczas z reguły nie powstają uszczerbki na zdrowiu. W związku z tym, oferowane jest badanie na obecność bakterii chlamydia (Chlamydien-Screening). Badanie (testy) serologiczne wykonywane są m.in. z moczu pacjenta. Powszechne kasy chorych ponoszą koszty jednego badania w roku, które jest wykonywane u kobiet do 25. roku życia. Proszę zasięgnąć opinii u lekarza chorób kobiecych.

Badania profilaktyczne dla mężczyzn:

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka prostaty

W Niemczech rak prostaty jest najczęstszym rakiem i drugą przyczyną zgonów na nowotwory u mężczyzn. Raz w roku kasy chorych ponoszą koszty badań przesiewowych przeprowadzanych u mężczyzn, którzy ukończyli 45. rok życia. W skład badania profilaktycznego wchodzi badanie zewnętrznych narządów płciowych i gruczołu krokowego (prostaty) oraz węzłów limfatycznych. Proszę spytać lekarkę lub lekarza rodzinnego, czy ona lub on wykonuje badania profilaktyczne raka prostaty oraz proszę się poinformować, jak przebiega badanie.

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki tętniaka aorty brzusznej

Aorta brzuszna jest jedną z największych arterii w jamie brzusznej. Jeśli średnica aorty brzusznej nadmiernie się poszerzy w jednym miejscu i pojawi się wybrzuszenie, wówczas mówi się o tętniaku aorty brzusznej (aneurysma). Najczęściej tętniak aorty brzusznej nie powoduje żadnych dolegliwości i choroba pozostaje niewykryta. Do pęknięcia tętniaka aorty brzusznej dochodzi rzadko. Pęknięcie tętniaka aorty jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia, gdyż wywołuje krwawienie wewnętrzne. Dlatego też, mężczyźni po ukończeniu 65. roku życia mogą wykonać jednorazowe badanie przesiewowe USG na obecność tętniaka aorty brzusznej. Badanie to jest oferowane tylko mężczyznom, gdyż tętniak aorty dotyka częściej mężczyzn niż kobiety.

Zostało udowodnione, że badanie to jest korzystniejsze w diagnostyce u mężczyzn. Proszę spytać swojego lekarza, czy wykonuje USG jamy brzusznej.

Zdrowie dzieci

Po porodzie rodzice otrzymują książeczkę zdrowia dziecka, w której znajdują się dokładne informacje, kiedy należy poddać dziecko bilansowi lekarskiemu. Przeważnie wykonuje się dziesięć badań bilansowych (U1-U9 oraz U7a; litera „U” oznacza w języku niemieckim „Untersuchung”-badanie). Kasa chorych pokrywa koszty badań bilansowych.

Bilans pierwszy („U1”) przeprowadzany jest tuż po urodzeniu. Kolejne badanie bilansowe (U2) wykonywane jest w szpitalu lub gabinecie pediatrycznym między 3. a 10. dniem życia noworodka. Badania (U3 – U9 Untersuchungen) przewidziane są w okresie do 64. miesiąca życia dziecka i wykonywane są w gabinecie pediatrycznym lub lekarskim. Tam można wykonać również badanie bilansowe dla młodzieży „J1” między 12. a 14. rokiem życia.

Ważne:

Badania bilansowe są niezwykle ważne. Dlatego też, proszę się zgłaszać z dzieckiem na wszystkie badania i zawsze wziąć ze sobą książeczkę zdrowia/badań (U-Heft) oraz książeczkę szczepień dziecka. Badania bilansowe pozwalają na ocenę stanu zdrowia Państwa dziecka.



Tak wygląda książeczka zdrowia

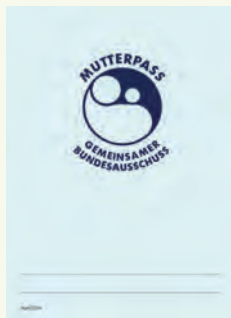
Zdrowie kobiet

Kobiety mogą zwrócić się z pytaniami dotyczącymi delikatnej natury, jak np. menstruacja, ciąża, poród lub choroby weneryczne przenoszone drogą płciową do lekarki chorób kobiecych (ginekologa). Także tutaj obowiązuje zachowanie tajemnicy zawodowej, tzn. ginekolog jest zobowiązany do zachowania w poufności uzyskanych informacji oraz do nieprzekazywania ich osobom trzecim.

Ciąża i poród

Powszechne kasy chorych pokrywają koszty badania na potwierdzenie ciąży oraz badań profilaktycznych w czasie ciąży, jak również opieki medycznej w czasie i po porodzie. Kobiety ciężarne otrzymują od prowadzącego ginekologa „kartę ciąży” (Mutterpass). W karcie zapisywane są terminy kolejnych badań. Proszę za każdym razem wziąć ze sobą kartę ciąży udając się na badania.

W Niemczech mogą Państwo zgłosić się do porodu do szpitala, do domu porodowego lub zdecydować się na poród w domu. Niezależnie od wyboru rodzaju porodu, obecność położnej wzgl. akuszerki (Hebamme bzw. Entbindungspfleger), która pozostaje z rodzącą przez



Karta ciąży (Mutterpass) zawiera wyniki badań kontrolnych, wszelkie istotne informacje dotyczące przebiegu ciąży oraz rozwoju płodu. Dlatego też, kobiety ciężarne powinny ją mieć zawsze przy sobie.

Tak wygląda karta ciąży

cały czas trwania porodu, jest obowiązkowa. Do porodu można się udać do każdego szpitala, który posiada oddział ginekologii i położnictwa, nawet bez wcześniejszej rezerwacji miejsca. Szpital nie może odmówić przyjęcia. W przypadku braku wolnych łóżek musi pomóc w znalezieniu innego szpitala.

Jeśli podejmą Państwo decyzję o przerwaniu ciąży, należy udać się do poradni dla kobiet w ciąży (Schwangerschaftsberatungsstelle). Można tam otrzymać bezpłatną i anonimową poradę tzn. nie ma konieczności podawania nazwiska i innych danych osobowych. Przeprowadzenie aborcji następuje po przedłożeniu odpowiedniego zaświadczenia z poradni specjalistycznej.

Oferty dla osób uzależnionych od narkotyków i innych używek

Uzależnienie jest chorobą! Jest ona obsesyjnym uzależnieniem od używek takich jak np. alkohol, narkotyki, nikotyna lub leki. Ponadto do uzależnień związanych z zachowaniem zaliczamy: jadłowstręt (anoreksja), uzależnienie od gier hazardowych, od kupowania lub od komputera. Uzależnienie może dotknąć każdego z nas, niezależnie od wieku, wykształcenia, zawodu lub pozycji społecznej. Nie ma w tym nic wstydliwego i nie ma nic wspólnego z osobistą porażką, jeśli ktoś skorzysta z pomocy specjalistów, w ramach programów prewencyjnych lub podejmie terapię uzależnień.

Jaką pomoc mogą otrzymać osoby uzależnione?

Pomoc specjalistyczna

Specjaliści wspierają na drodze do wyjścia z nałogu i pomogą znaleźć jego przyczyny, które mogą być natury psychicznej lub zdrowotnej. Specjaliści w szpitalach oraz poradniach specjalistycznych oferują nieograniczoną pomoc dla uzależnionych oraz dla członków rodzin osób uzależnionych, korzystając z najnowszych osiągnięć nauki, jak również zawsze respektują osobistą sytuację życiową danej osoby.

Grupy samopomocowe

Grupy samopomocowe są uzupełnieniem ofert pomocy dla osób uzależnionych. Członkowie grupy samopomocowej znajdują motywację i siłę woli do życia bez nałogów i wzajemnie wzmacniają swoje umiejętności i zdrowie. Członkowie grupy pracują po części bezimiennie i docierają do wszystkich osób potrzebujących pomocy, które znajdują się w trudnej sytuacji.

Punkty doradztwa dla osób uzależnionych i ambulatoryjne ośrodki terapeutyczne

W pobliżu Państwa miejsca zamieszkania znajduje się z pewnością poradnia specjalistyczna lub ambulatoryjny ośrodek terapeutyczny. Informacje oraz adresy poradni i ośrodków terapeutycznych mogą otrzymać Państwo od lekarza lub znaleźć w internecie. Proszę bez jakichkolwiek obaw zwrócić się do danej instytucji, w której pracują osoby wyspecjalizowane w danej dziedzinie i które z pewnością udzielą Państwu fachowej pomocy.

Ważne:

Pomoc w poradniach specjalistycznych jest **bezpłatna**. Informacje uzyskane w trakcie rozmowy, nie są przekazywane policji, po części są one **anonimowe**. W poradniach otrzymają Państwo ogólne informacje na temat uzależnień i narkotyków.

5 Ubezpieczenie pielęgnacyjne

Ubezpieczenie pielęgnacyjne (Pflegeversicherung) wspiera zarówno osoby wymagające długotrwałej opieki oraz ich krewnych. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest ubezpieczeniem obowiązkowym i jest oferowane przez powszechne i prywatne kasy chorych. W przeciwieństwie do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczenie pielęgnacyjne jest ubezpieczeniem częściowym. Oznacza to, że ubezpieczenie pokrywa koszty za usługi pielęgnacyjne tylko do pewnej kwoty. Jeśli znajdują się Państwo w trudnej sytuacji finansowej otrzymają Państwo wsparcie w ramach pomocy społecznej (Sozialhilfe).

W zależności od tego, czy opiekę nad Państwem sprawują krewni lub służby pielęgniarские, otrzymają Państwo – po złożeniu wniosku o przyznanie zasiłku w ubezpieczeniu pielęgniarским – zasiłek pielęgnacyjny (Pflegegeld) lub tzw. „świadczenia rzeczowe” (Pflegesachleistungen). Wysokość świadczeń jest uregulowana ustawowo i jest wypłacana w zależności od stopnia wymaganej opieki (Pflegegrad). Warunkiem przyznania świadczenia jest spełnienie okresu ubezpieczenia (tzw. Versicherungszeit). W niektórych przypadkach mogą zostać naliczone okresy płacenia składek w kraju poprzedniego miejsca zamieszkania. Proszę poinformować się w kasie ubezpieczenia pielęgniarского.

Służba Medyczna Ubezpieczenia Zdrowotnego (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung MDK) wydaje orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (Pflegegrad) po wcześniejszym zapoznaniu się z sytuacją osoby wymagającej opieki. Wyróżniamy pięć stopni opieki. Zakwalifikowanie do danego stopnia opieki jest uzależnione od tego, w jakim stopniu zaburzenia zdrowotne i dysfunkcja organizmu wpływają na ograniczenie samodzielności lub sprawności danej osoby. Osoba wymagająca opieki to taka, która nie jest zdolna (lub tylko dzięki pomocy innych osób) do samodzielnej egzystencji. Zapotrzebowanie na opiekę powinno być długoterminowe – przynajmniej na okres sześciu miesięcy. Przy wydaniu orzeczenia sprawdza się, w jaki sposób można zwiększyć lub utrzymać samodzielność danej osoby poprzez działania prewencyjne lub rehabilitacyjne.

Zanim złożą Państwo wniosek o przyznanie zasiłku pielęgnacyjnego, ale również w każdej chwili po złożeniu wniosku, mogą Państwo zasięgnąć porady w tzw. „punktach doradztwa pielęgnacyjnego” (Pflegetützpunkten). W punktach pracują specjaliści, którzy nie tylko udzielają informacji na temat opieki pielęgnacyjnej, osobom zainteresowanym i ich krewnym, ale również towarzyszą i wspierają osoby potrzebujące pomocy. Osoby pobierające świadczenia socjalne (np. świadczenia zgodnie z ustawą o świadczeniach dla ubiegających się o azyl lub zasiłek z zakresu pomocy społecznej), mogą być podporządkowane innym świadczeniodawcom.

Opieka pielęgnacyjna w warunkach domowych

Celem świadczonej opieki domowej jest umożliwienie prowadzenia samodzielnej egzystencji. Ambulatoryjna służba pielęgniarstwo-medyczna sprawuje opiekę nad osobą niesamodzielną w domu, jeśli członkowie rodziny nie są w stanie opiekować się krewnym.

Zakwalifikowanie do stopnia opieki 2. – 5. upoważnia do korzystania z różnych świadczeń, jak np. pomoc przy pielęgnacji ciała i w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Zarejestrowane służby pielęgnacyjne świadczą powyższe usługi.

W zależności od potrzeb (osoby wymagającej pielęgnacji) zostanie pokryta część kosztów środków pomocniczych lub dopasowania mieszkania. Proszę skorzystać z doradztwa dotyczącego organizacji wsparcia i opieki pielęgnacyjnej w domu, które oferują rejonowe biuro seniora, związki charytatywne lub kasa pielęgnacyjna.

Opieka pielęgnacyjna w warunkach stacjonarnych

Jeśli opieka domowa jest z różnych względów niemożliwa, wówczas opiekę nad osobami wymagającymi pomocy świadczą stacjonarne ośrodki opieki. Jeśli mają Państwo pytania specjaliści, którzy są zatrudnieni w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, udzielą Państwu porady. Z pytaniami mogą Państwo również zwrócić się do lekarza rodzinnego, który posiada doświadczenie z zakresu współpracy z ośrodkami pomocy znajdującymi się w pobliżu Państwa miejsca zamieszkania. Kasa pielęgnacyjna udziela wsparcia w zakresie korzystania z opieki w ośrodkach oraz ze świadczeń pielęgnacyjnych.

Opiekunowie osób wymagających pielęgnacji

Jeśli opiekują się Państwo krewnym w domu, wówczas mogą Państwo skorzystać z niektórych świadczeń np.: z tzw. „opieki wytchnieniowej”. Jest to odciążenie od opieki nad krewnymi na okres do sześciu tygodni. To dobre rozwiązanie, w przypadku, gdy potrzebują Państwo odpocząć i planują wyjechać na wakacje, a potrzebna jest osoba, która zaopiekuje się krewnym. Oprócz zasiłku pielęgnacyjnego lub środków pomocniczych, wszystkie osoby wymagające opieki, mogą otrzymać co miesiąc kwotę pieniężną na świadczenie usług opieki i pomocy domowej.

W niektórych przypadkach ubezpieczenie pielęgnacyjne opłaca osobom, które pielęgnują członka rodziny (ew. wolontariuszom opiekującym się osobami wymagającymi opieki), składki na ubezpieczenie emerytalne. Ponadto ubezpieczenie pielęgnacyjne opłaca osobom, które opiekują się krewnymi wymagającymi pielęgnacji, przez cały okres opieki, składki na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia. W przypadku, gdy osoba zatrudniona musi nagle przerwać pracę – np. aby w krótkim czasie znaleźć odpowiedni ośrodek pielęgnacyjny dla krewnej lub krewnego – ubezpieczenie pielęgnacyjne wypłaci dochód za okres do dziesięciu dni roboczych.

Stopka redakcyjna

Wydawca:

Federalne Ministerstwo Zdrowia
Wydział Z 24 „Migracja, Integracja, Demografia i Zdrowie”
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Projekt graficzny:

Einstieg GmbH
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V./MiMi LAB Berlin

Zjęcie na okładce: © fotolia / Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Stan aktualny: grudzień 2019/3. wydanie

Niniejszą wielojęzyczną publikację dostępną w języku angielskim, arabskim, bośniackim/serbskim/chorwackim, farski, francuskim, hiszpańskim, kurdyjsko-kurmandzi, pasztuńskim, polskim, rosyjskim, rumuńskim, tureckim i włoskim mogą zamówić Państwo bezpłatnie na stronie internetowej:

www.Wegweiser-Gesundheitswesen-Deutschland.de

email: bestellportal@ethnomed.com

listownie: Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Großbeerenstraße 88, 10963 Berlin-Kreuzberg

Niniejsza publikacja została bezpłatnie udostępniona przez Federalne Ministerstwo Zdrowia w ramach działań promocyjnych. Treść niniejszej publikacji nie może być wykorzystywana przez partie lub przez wolontariuszy do agitacji w trakcie kampanii wyborczej. Dotyczy to wyborów do parlamentu europejskiego, do Bundestagu, do Landtagu oraz wyborów komunalnych. Ponadto nadużyciem jest rozpowszechnianie publikacji podczas spotkań kandydatów partii z wyborcami, na stoiskach informacyjnych partii politycznych, jak również wkładanie do publikacji, przedrukowywanie lub wklejanie do niej ulotek lub materiałów reklamowych o treści politycznej. Zabronione jest również przekazywanie publikacji osobom trzecim dla celów kampanii wyborczej. Bez względu na to, kiedy i w jaki sposób oraz w jakim nakładzie niniejsza publikacja zostanie udostępniona odbiorcom, nie może być ona interpretowana – niezależnie od tego, na kiedy ustalony jest termin wyborów – jako przychylnie odnoszenie się rządu federalnego do danego ugrupowania politycznego.