

REGULAMIN
zakupu i realizacji produktu

Opinia psychologiczna dla osób doświadczających niezgodności płciowej
(„Produkt”)

DANE NABYWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	E-mail: ...

zwany dalej „Nabywcą” lub „Nabywcą Produktu”

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z USŁUG	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

zwany dalej „Osobą Uprawnioną”

Data aktywacji produktu: ...

Cena za produkt: ...

Okres ważności produktu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

- Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem” określa zakres, zasady nabycia i realizacji usług określonych w Regulaminie.
- Podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu **Opinia psychologiczna dla osób doświadczających niezgodności płciowej** jest LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, kapitał zakładowy 676 123 500,00 zł („LUX MED”).
- Nabywcą Produktu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Produktu albo wskazana przez Nabywcę osoba trzecia powyżej 13 r.ż.

WARUNKI ZAKUPU I REALIZACJI

- Warunkiem zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, której przedmiotem jest zakup oraz realizacja usług w ramach Produktu oraz warunkiem uruchomienia umowy na rzecz Nabywcy albo wskazanej przez Nabywcę Osoby Uprawnionej jest łącznie: akceptacja przez Nabywcę niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Produkt w kwocie określonej w ust. 2 poniżej.
- Całkowita opłata za Produkt, tj. za udzielenie świadczeń określonych w umowie lub gotowość do ich udzielenia, którą Nabywca Produktu zobowiązuje się uiścić wynosi:
... (słownie: ...).
Za dzień zapłaty uznaje się dzień uznania rachunku bankowego LUX MED pełną kwotą należności.
- Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 2 powyżej.
- Produkt (umowa) jest aktywny do momentu wykorzystania wszystkich usług wchodzących w skład Produktu, jednak nie dłużej niż przez okres 3 miesięcy od daty aktywacji, o której mowa w ust. 3 powyżej.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I REZYGNACJA Z PRODUKTU

1. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania niniejszego Regulaminu (zawarcia umowy), Nabywca może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie na piśmie według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu i przysyłając je na adres: cc.harmonia@luxmed.pl
2. Prawo odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni nie przysługuje Nabywcy Produktu w wypadku, gdy Osoba Uprawniona rozpocznie realizację usług w ramach Produktu (umowa), przed upływem 14 dni od dnia zawarcia umowy.

WARUNKI REALIZACJI USŁUG

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy odbywa się wyłącznie w placówkach LUX MED:
HARMONIA przy ul. Kopernika 21/2 w Warszawie
HARMONIA przy ul. Narbutta 83 w Warszawie,
HARMONIA przy ul. Rondo ONZ 1 w Warszawie
w godzinach pracy tych placówek.
2. W wyjątkowych przypadkach, w szczególności z uwagi na zaistnienie siły wyższej LUX MED może umożliwić realizację wchodzących w skład Produktu usług szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 w innej niż wskazana w ust 1 placówce LUX MED.
3. Świadczenia zdrowotne w ramach Produktu należy zrealizować nie później niż w **ciągu 3 miesięcy** od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Produktu.
4. Warunkiem udzielenia świadczeń w ramach Produktu jest uprzednie uzgodnienie ich terminu poprzez skontaktowanie się z infolinią pod numerem **22 33 81 611** lub osobiście w recepcji wskazanej placówki.
5. Wchodzące w zakres Produktu (umowy) usługi mogą być odwołane przez Osobę Uprawnioną, bez żadnych konsekwencji, nie później niż 24 godziny przed umówioną godziną wizyty. W przypadku niestawienia się Osoby Uprawnionej na wizytę bez jej wcześniejszego odwołania w wyżej wskazanym terminie Osoba Uprawniona traci uprawnienie do tej wizyty, która jest traktowana, jak zrealizowana. W przypadku, gdy nieodwołanie wizyty lub niestawiennictwo wynika z siły wyższej LUX MED rozpatrzy takie sprawy w trybie indywidualnym w oparciu o wniosek Osoby Uprawnionej.
6. W przypadku zlecenia przez lekarza dodatkowych usług wykraczających poza zakres Produktu (umowy) szczegółowo wymienionego w Załączniku nr 1, usługi te mogą zostać wykonane przez LUX MED odpłatnie za dodatkowym wynagrodzeniem niż to wynikające z niniejszej umowy, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce medycznej LUX MED lub zgodnie z posiadanymi uprawnieniami do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez LUX MED na podstawie innej umowy.

KONTAKT I REKLAMACJE

1. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
2. Reklamacje dotyczące obsługi oraz reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 30 dni roboczych od daty wpływu wszystkich danych niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Dział Zarządzania Reklamacjami
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa
lub na adres poczty elektronicznej: opinie@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Umowa jest zawierana na czas określony **3 miesięcy** od dnia aktywowania Produktu
2. Nie ma możliwości dokonania cesji praw na inną osobę.
3. Zakup Produktu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek usługi.

4. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego Regulaminu a Regulaminem Sklepu internetowego dostępnego pod adresem www.luxmed.pl, zastosowanie znajdują postanowienia niniejszego Regulaminu.

5. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1, 2.

Załącznik nr 1

Wykaz usług wchodzących w zakres Produktu wraz z warunkami ich wykonania.

Niniejszy Produkt obejmuje wyłącznie diagnozę psychologiczną dla osób doświadczających niezgodności płciowej. Pełna diagnostyka w kierunku transpłciowości wymagane jest wykonanie szeregu dodatkowych konsultacji specjalistycznych, które nie wchodzą w zakres niniejszego Produktu.

Na każdym etapie sporządzenia opinii, z uwagi na indywidualne wskazania medyczne może pojawić się potrzeba odbycia dodatkowych konsultacji, spotkań obserwacyjnych, wykonania dodatkowych badań diagnostycznych lub testów specjalistycznych. Usługi te nie wchodzą w zakres Produktu i będą dodatkowo płatne zgodnie z cennikiem placówki wykonującej. Brak wykonania tych usług może uniemożliwić prawidłowe wykonanie Produktu i tym samym może uniemożliwić wydanie opinii i diagnozy.

Spotkanie 1: Konsultacja psychologa

Celem pierwszej konsultacji jest ustalenie zakresu koniecznych badań, przeprowadzenie wywiadu klinicznego i weryfikacja dotychczasowych doświadczeń osoby poddającej się diagnostyce. W zależności od decyzji psychologa możliwe jest zlecenie również dodatkowych badań lub testów.

Spotkanie 2: Konsultacja psychologa

Drugie spotkanie z psychologiem poświęcone jest na dokończeniu wywiadu klinicznego, oraz zebrania pogłębionego materiału diagnostycznego, do którego konieczne jest przeprowadzenie standardowych testów takich jak IPP (Inwentarz Płci Psychologicznej) lub przesiewowe testy kliniczne.

Spotkanie 3: PROFEMED - Test psychologiczny osobowości - RISB

Test Zdań Niedokończonych – pół-ustrukturyzowany test projekcyjny, w którym zadaniem osoby badanej jest dokończenie wcześniej przygotowanych zdań. Następnie uzyskane w ten sposób dane są analizowane jakościowo i ilościowo. Treści ujawnione w teście mogą się stać tematem do pogłębionej dyskusji z pacjentem, mogą być też potraktowane jako projekcja nieświadomych treści. Podstawowym celem testu jest ustalenie poziomu przystosowania i funkcjonowania społecznego pacjenta.

Spotkanie 4: PROFEMED - Test psychologiczny osobowości - NEO-PI-R

Kwestionariusz do diagnozy cech osobowości zawartych w modelu pięcioczynnikowym, uwzględniający także poszczególne składniki każdej z cech Wielkiej Piątki, służy do kompleksowego opisu osobowości osoby badanej, dzięki czemu stanowi uzupełnienie wywiadu diagnostycznego.

Spotkanie 5: PROFEMED - Test psychologiczny osobowości - MMPI - 2

MMPI (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2) to standardowe narzędzie stosowane przy diagnostyce osób transpłciowych. Jego celem jest stworzenie ustrukturalizowanego profilu osobowości osoby poddającej się diagnostyce. Badanie to pozwala wykluczyć inne niż transpłciowość przyczyny niecisnormatywnego postrzegania własnej płci.

Spotkanie 6: PROFEMED - Test psychologiczny w kierunku oceny poziomu inteligencji - SB5

Przeprowadzany przy zastosowaniu "Skali Inteligencji Stanford-Binet 5". SB5 to powszechnie stosowany na świecie, indywidualnie przeprowadzany specjalistyczny test oceniający inteligencję i zdolności poznawcze w populacji i w szczególności w grupach specjalnych. Pozwala wykluczyć zaburzenia postrzegania płci na poziomie organicznym i intelektualnym.

Spotkanie 7: Konsultacja psychologa - kolejna wizyta

Celem wizyty jest przykazanie diagnozy psychologicznej oraz ewentualne ustalenie dalszej ścieżki diagnostyki Pacjenta. Pozostałe konsultacje i diagnostyka nie wchodzą w zakres produktu.

Psycholog - przygotowanie zaświadczenia / opinii o stanie zdrowia

na podstawie zebranego wywiadu, wyników testów i przeprowadzonych badań, psycholog wystawia opinię na temat zdrowia psychicznego osoby badanej, ze szczególnym uwzględnieniem jej postrzegania płci własnej, funkcjonowania psycho-społecznego oraz zdolności poznawczych i intelektualnych do samodzielnego decydowania na temat własnej osoby. Opinia przekazywana jest podczas ostatniej wizyty psychologicznej w ramach pakietu.

Załącznik nr 2 WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

LUX MED Sp. z o.o.

z siedzibą w Warszawie

ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa

cc.harmonia@luxmed.pl

Ja niżej podpisany:	 (imię, nazwisko, PESEL)
odstępuję od umowy:	 (nazwa/numer umowy)
zawartej w dniu:	 (data zawarcia umowy)
numer rachunku bankowego, na który ma zostać zwrócona Opłata ryczałtowa lub pierwsza jej rata (o ile zostały uiszczone):	____-____-____-____-____-____-____-____
Właściciel rachunku:	 (imię, nazwisko)
dodatkowe informacje:	 (jeśli potrzeba)

.....

podpis

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

data

