



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	15
> Apteki i lekarstwa	16
> Leczenie szpitalne	18
3 Pomoc doraźna	24
4 Opieka zdrowotna	27
> Szczepienia ochronne	27
> Badania profilaktyczne	28
> Badania lekarskie dzieci i młodzieży	35
> Zdrowie kobiet	36
> Ciąża i poród	36
> Oferty dla osób uzależnionych od narkotyków i innych używek	38
> Wirusowe zapalenie wątroby	39
> Wirus HIV i AIDS	40
5 Ubezpieczenie pielęgnacyjne	42
> Opieka pielęgnacyjna w warunkach domowych	43
> Opieka pielęgnacyjna w warunkach stacjonarnych	44
> Opiekunowie osób wymagających pielęgnacji	44

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 mln. 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.

Ubezpieczenie powszechne – kogo dotyczy?

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby zatrudnione, których roczne dochody są poniżej “granicy dochodów”. Osoby kształcące się zawodowo, bezrobotne i poszukujące pracy, studenci, renciści i emeryci, artyści oraz publicyści są również objęci obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

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. Wysokość składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest jednakowa we wszystkich kasach chorych. Ponadto osoby ubezpieczone muszą uiścić “składki dodatkowe”. Wysokość dopłat może się różnić w zależności od danej kasy chorych. Kasy mogą również oferować ubezpieczonym zniżki przy dopłatach. Proszę zasięgnąć informacji w Państwa kasie chorych, jakie świadczenia są refundowane, a za które muszą Państwo ewentualnie sami zapłacić.

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

Mają Państwo możliwość zmiany kasy chorych. Przed zmianą należy wybrać nową kasę chorych, która powiadomi dotychczasową kasę o zmianie. Czas trwania członkostwa w wybranej kasie chorych wynosi 12 miesięcy.

Świadczenia powszechnych kas chorych

Kasa chorych pokrywa koszty za usługi medyczne według zasady „wystarczający, wskazany oraz ekonomiczny”. Oznacza to, że koszty niektórych świadczeń ponadstandardowych muszą Państwo pokryć we własnym zakresie, np. pokój jednoosobowy lub leczenie przez ordynatora w szpitalu.

Podstawowe świadczenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmują:

- Opiekę lekarską oraz leki przepisane na receptę,
- Pobyt w szpitalu oraz rehabilitację,
- Opiekę lekarską i położniczą w trakcie ciąży i porodu,
- Badania profilaktyczne dzieci i młodzieży,
- Zalecane szczepienia ochronne,
- Przeglądy oraz leczenie stomatologiczne,
- Psychoterapię,
- W szczególnych przypadkach opiekę nad chorym w domu lub paliatywną (hospicyjną),
- Środki lecznicze (np.: fizjoterapię, zajęcia logopedyczne) oraz środki pomocnicze (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, protezy),
- Zasiłek chorobowy przeznaczony na własne utrzymanie (także dla ubezpieczonych, którzy muszą pielęgnować swoje chore dzieci).

Jeśli są Państwo objęci powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego mogą Państwo dodatkowo wykupić świadczenia oferowane przez ubezpieczenia prywatne. Świadczenia te mogą obejmować m.in.: leczenie przez ordynatora, pokój jednoosobowy w szpitalu lub całkowite pokrycie kosztów uzupełnień protetycznych i zakupu okularów. Uwaga: Koszty dodatkowych świadczeń pokrywają Państwo sami w całości. Pracodawcy nie finansują dodatkowych ubezpieczeń.

Dopłaty/własny udział

Do niektórych świadczeń muszą Państwo dopłacić. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne (GKV) pokrywa np. koszty leków na receptę. Osoby ubezpieczone podlegają jednak obowiązkowi uiszczenia dopłaty. Dopłaty obowiązują również: za pobyt i leczenie w szpitalu, przy zakupie środków pielęgnacyjnych i pomocniczych, do opieki pielęgnacyjnej w domu oraz do kosztów transportu.

Aby zapobiec nadmiernemu obciążeniu finansowemu dopłaty wynoszą najwyżej 2 procent rocznego wynagrodzenia brutto, a w przypadku osób przewlekle chorych 1 procent. Dzieci i młodzież do momentu ukończenia 18 lat nie ponoszą dopłat, z wyjątkiem kosztów dojazdu. Wobec osób o niskich dochodach mają zastosowanie szczególne przepisy. Proszę zasięgnąć informacji w Państwa kasie chorych.

Jeśli przekroczyli Państwo w roku bieżącym indywidualną kwotę ryczałtową, z końcem roku kalendarzowego zostaną Państwo zwolnieni z dopłat. Dlatego też, wskazane jest przechowywanie wszystkich paragonów, np. w zeszytach, który mogą Państwo otrzymać w kasie chorych. Paragony należy przedłożyć w kasie chorych, która jest zobligowana do wystawienia Państwu zaświadczenia o zwolnieniu z dopłat.

Tak zwany "udział własny" dotyczy sytuacji, gdy pacjentka lub pacjent musi zakupić produkt medyczny, także bez zlecenia lekarskiego. Na przykład przy zakupie obuwia ortopedycznego ponoszą Państwo koszty w wysokości 76 euro.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym (PKV) są objęte wszystkie osoby, które nie są ubezpieczone w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (GKV) oraz te osoby, które nie posiadają innych zabezpieczeń zdrowotnych przysługujących im 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 zazwyczaj odprowadzić składkę na ubezpieczenie. Na ogół osoby objęte ubezpieczeniem prywatnym pokrywają z góry koszty leczenia, pobytu w szpitalu i leków, które zostaną im w całości lub częściowo zwrócone.

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, aby poszukać lekarki lub lekarza rodzinnego (na przykład internistki lub internisty albo lekarzy specjalistów medycyny ogólnej) w pobliżu miejsca zamieszkania. Do nich 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 wykonywane są „proste” zabiegi operacyjne lub leczenie specjalistyczne, bez konieczności 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.

Jeśli nie mogą Państwo uzgodnić terminu wizyty (np. dzwoniąc poza godzinami pracy przychodni) można skontaktować się z Punktem Termin-Serwis (niem. TSS) działającym przy Zrzeszeniu Lekarzy Kas Chorych.

Podczas rozmowy telefonicznej pracownicy punktu TSS wzgl. Dyżuru Lekarskiego pośredniczą w uzgodnieniu terminu wizyty w przychodni na podstawie przeprowadzonej rozmowy telefonicznej. Na przykład w przychodni, która jest otwarta, w gabinecie dyżuru lekarskiego, w ambulatoryjnej pomocy doraźnej w szpitalu lub w niektórych przypadkach także w postaci telefonicznej konsultacji lekarskiej. Dodatkowe wskazówki znajdują Państwo w niniejszej broszurze w rozdziale "Pomoc doraźna".

Ponadto można się zwrócić do punktu TSS, jeśli poszukają Państwo lekarki lub lekarza rodzinnego, pediatry, którzy stale będą się Państwem opiekować.

Punkt TSS udziela także wsparcia w uzgadnianiu terminu wizyt u lekarzy specjalistów. Z reguły na badania do lekarzy specjalistów wymagane jest skierowanie.

Punkt TSS działa codziennie przez 24 godziny na dobę pod numerem telefonu: 116117

Z punktem można się również skontaktować przez internet:
www.116117.de
lub przez aplikację 116117.app

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 przyjacielka/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: 116117.app

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.

Rozmowa z lekarzem

Proszę spokojnie przedstawić lekarzowi powód swojej wizyty oraz dolegliwości. Proszę zwrócić uwagę, czy rozmowa pomiędzy lekarką lub lekarzem a Państwem przebiega w sposób zrozumiały. Proszę pytać, jeśli czegoś Państwo nie zrozumieliście oraz rzetelnie odpowiadać na pytania lekarki lub lekarza. Na przykład gdy pytają, czy palą Państwo papierosy, spożywają alkohol, uprawiają sport lub jak wygląda Państwa jadłospis. Informacje uzyskane w trakcie rozmowy mogą znacząco wpłynąć na udzielenie 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 lekarka lub lekarz zostaną o tym poinformowani, będą 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.

Ważne:

- Aby spotkanie z lekarzem lub stomatologiem było owocne warto się do niego odpowiednio przygotować. Na przykład mogą Państwo wypisać dokładnie swoje dolegliwości, lekarstwa, które Państwo zażywają, nazwiska lekarzy, którzy wcześniej Państwa badali i leczyli. Można również przygotować listę pytań, 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.

Opieka stomatologiczna

Kasa chorych ponosi koszty leczenia zachowawczego ukierunkowanego na zachowanie funkcji 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 kasy 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 60 % kosztów niezbędnego leczenia stomatologicznego. Jeśli w okresie ostatnich pięciu lat, raz w roku kalendarzowym, zgłosili się Państwo na kontrolne badania (karta bonusowa), wówczas dopłata kasy chorych do uzupełnień protetycznych wzrasta do 70 %, a po dziesięciu latach do 75 %.

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 „własny wkład”. Osoby o niskich dochodach mogą przed rozpoczęciem leczenia zasięgnąć informacji w kasie chorych na temat „ulg i zwolnień od opłat”. Osoby te, 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 lekarstwa

Lekarstwa i wyroby medyczne (np. środki opatrunkowe) są dostępne w aptekach. Nad drzwiami większości 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”) są wydawane w aptece tylko na podstawie recepty wystawionej przez lekarza.

W aptece zostaną Państwo poinformowani, o jakiej porze i w jaki sposób przyjmować leki. Może zaistnieć sytuacja, że dana apteka musi zamówić lek (zwany także „medykamentem”). Farmaceuta poinformuje Państwa, kiedy będzie można odebrać lekarstwo.

Jeśli nie są Państwo w stanie udać się do apteki, można się dowiedzieć, czy apteka dostarcza leki do domu.

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

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.



Leczenie szpitalne

Na leczenie do szpitala udają się Państwo w nagłym przypadku lub jeśli lekarz nie jest w stanie udzielić Państwu odpowiedniej opieki w przychodni. Osoby objęte ubezpieczeniem powszechnym nie mogą korzystać z leczenia w prywatnej klinice.

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 na planowaną hospitalizację

W przypadku kilkudniowego pobytu w szpitalu podpisują Państwo umowę na leczenie szpitalne. Najczęściej umowa zostaje zawarta w formie pisemnej. Oznacza to, że umowę podpisuje zarówno szpital jak i Państwo.

Co jest przedmiotem umowy?

- Leczenie szpitalne świadczone przez wykwalifikowany personel,
- Opieka pielęgnacyjna świadczona 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 konieczność 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 odnosi się do objawów chorobowych lub obrażeń sugerujących możliwość zagrożenia życia i wymagających natychmiastowej opieki lekarskiej. Stany nagłe, zagrażające życiu to, np.: bardzo wysoka gorączka, złamanie kończyn, urazy głowy, wypadki z ciężkimi obrażeniami, silne krwawienia, rozległe oparzenia, nasiloną duszność, zatrucie, utrata przytomności, zaburzenia rytmu serca – podejrzenie o zawał lub wylew (np. nagłe osłabienie organizmu, zaburzenia mowy, uczucie drętwienia i uczucie sparaliżowania).

Ważne:

- Jeśli uznają Państwo, że ktoś znajduje się w sytuacji zagrażającej życiu np. po ciężkim wypadku samochodowym, proszę zadzwonić pod europejski 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.
- Jeśli konieczna jest porada lekarska poza godzinami przyjęć przychodni (np. w nagłych, ale nie zagrażających bezpośrednio życiu przypadkach) i nie mogą Państwo czekać aż przychodnia lekarska będzie otwarta, można skontaktować się z punktem TSS, dzwoniąc pod numer: 116 117.

Zostaną Państwo połączeni z Dyżurem Lekarskim działającym przy Zrzeszeniu Lekarzy Kas Chorych – także w nocy, podczas weekendu i dni świątecznych.

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. Dodatkowe informacje na temat punktu Termin-Serwis znajdują się w rozdziale “Wizyta u lekarza”.

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.

Resuscytacja – każdy może ratować życie!

Niezależnie od tego, czy dana osoba ukończyła kurs pierwszej pomocy, ważne jest, aby wiedzieć, jakie czynności podjąć w celu przywrócenia krążenia krwi. Natychmiastowe podjęcie masażu serca może uratować życie, zanim przyjedzie pogotowie ratunkowe. Ważne jest, aby podjąć działania. W przypadku nagłej sytuacji wystarczy wykonać kilka czynności:

1. Ocenić reakcję

Czy osoba poszkodowana reaguje? Sprawdź i zadaj pytanie: “Halo, czy słyszy mnie Pan/Pani?” i delikatnie dotknij go/ją (np. potrząśnięcie, lekki ból). Jeśli osoba poszkodowana nie reaguje i nie można wyczuć oddechu lub jest on bardzo słaby:

2. Zadzwoń na pogotowie

Natychmiast zadzwoń pod europejski numer alarmowy 112. Proszę zakończyć rozmowę dopiero wówczas, gdy konsultant medycyny ratunkowej nie będzie miał więcej pytań.

3. Rozpocząć uciśnięcia klatki piersiowej

Proszę natychmiast rozpocząć resuscytację – w takich sytuacjach liczy się każda minuta.

Dłonie składa się jedną na drugiej i nasadę dłoni umieszcza się na środku mostka chorego. Właściwym miejscem jest wysokość sutków. Chorego należy rozebrać do połowy, żeby odsłonić klatkę piersiową. Uciskaj mocno mostek na głębokość ok. 5 cm z częstością 100/min. Proszę wyprostować ramiona, aby się nie przemęczyć.

Resuscytacja powinna trwać do chwili przyjazdu fachowej pomocy medycznej. Jeśli przy chorym znajduje się kilka osób, które mogą

pomóc, proszę się wymieniać co 3 minuty. Kiedy już podejmie się akcję, nie należy jej przerywać.

Nagłym wypadkiem nie jest, gdy pacjent zapomniał o zażyciu leku, potrzebuje zwolnienia lekarskiego lub recepty, gdy chcemy uniknąć długiego czasu oczekiwania w przychodni lub jedziemy do szpitala do porodu – z wyjątkiem, gdy istnieje zagrożenie życia dla kobiety lub dziecka.

Do szpitali trafiają osoby, które potrzebują natychmiastowej pomocy. Kto nie ma tego na uwadze, opóźnia i utrudnia pomoc medyczną osobom w nagłych wypadkach.

4 Opieka zdrowotna

Szczepienia ochronne

Każdego roku odnotowuje się tysiące zachorowań na groźne choroby zakaźne, których można uniknąć dzięki szczepieniom.

Szczepienia 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 wydawane są zalecenia dotyczące realizacji szczepień.

Dzieci są szczepione przeciw poważnym chorobom podczas badań bilansowych (niem. „U” – Untersuchungen). Niekiedy zachodzi potrzeba podania kilku dawek szczepionki, tak aby skutecznie chroniła przed wirusami. W przypadku niektórych szczepionek zaleca się podanie dawki przypominającej w wieku dorosłym. Kasa chorych ponosi koszty szczepień zalecanych oraz częściowo koszty szczepień przed podróżą.

Niektóre typy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) są przyczyną powstawania chorób nowotworowych, m.in.: raka szyjki macicy, odbytu i jamy ustnej.

Stała Komisja ds. Szczepień (STICO) zaleca szczepienie przeciw wirusowi HPV wszystkim młodym osobom, obojga płci optymalnie w wieku od 9 do 14 lat. Ustawowe kasy chorych, a także prywatne kasy chorych refundują szczepienia dla dzieci i młodzieży do 17 lat. Niektóre kasy chorych, po wcześniejszym uzgodnieniu, refundują szczepienia osób starszych.

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

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.

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia

Kasa chorych refunduje osobom ubezpieczonym, które ukończyły 18 lat regularnie wykonywane badania profilaktyczne: Obecnie kobiety i mężczyźni, w wieku od 18-34 lat mogą jednorazowo oraz po ukończeniu 35. lat, co 3 lata, wykonać badania lekarskie. Wykonane w ramach przeglądu stanu zdrowia badania pozwalają wykryć we wczesnym stadium choroby krążenia, nerek oraz cukrzycę (diabetes mellitus). Badania wykonują lekarze rodzinni oraz lekarze specjaliści chorób wewnętrznych.

Osoby, które ukończyły 35 lat mogą wykonać w ramach kompleksowego przeglądu stanu zdrowia badanie przesiewowe na obecność wirusa zapalenia wątroby typu B i C.

Ponadto mężczyźni po ukończeniu 65 lat mogą jednorazowo wykonać badanie USG w kierunku wczesnego rozpoznania tętniaka aorty brzusznej (do tętniaka dochodzi, gdy na ścianie aorty pojawi się wybrzuszenie przypominające woreczek).

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, sprawdzenie książeczki szczepień oraz u osób, które ukończyły 35 lat badanie krwi, które umożliwia stwierdzenie m.in. poziomu cukru we krwi (glikemii) oraz cholesterolu.

Badanie krwi u osób poniżej 35. roku życia wykonuje się tylko w przypadku profilu ryzyka – u pacjentów z nadwagą, wysokim ciśnieniem krwi lub z predyspozycjami genetycznymi do wystąpienia danej choroby.

W skład kompleksowego przeglądu zdrowia wchodzi również u osób, które ukończyły 35 lat badanie moczu. Lekarze mogą na podstawie wyników badań zalecić działania prewencyjne np. kursy aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, na przewyciężanie stresu lub terapie odwykowe. 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 dowiedzieć się w przychodni, czy lekarz może wykonać to badanie. Badanie może zostać wykonane w ramach kompleksowego przeglądu stanu zdrowia. Badania przesiewowe w kierunku raka skóry mogą wykonać Państwo również w gabinecie dermatologicznym u specjalisty z zakresu chorób skóry i wenerycznych (lekarzki lub lekarza dermatologa).

W przypadku, gdy podczas badania zaistnieje podejrzenie nowotworu skóry, wówczas dermatolog wykonuje dalsze badania diagnostyczne.

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 na podłożu stanu przednowotworowego przez wiele lat najczęściej nie dając 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: test na krew utajoną w kale oraz przesiewowe

badanie kolonoskopowe (w kierunku raka jelita).

Od 1. czerwca 2019 r. osoby ubezpieczone, które ukończyły 50 lat otrzymają z kasy chorych pisemne zaproszenie na wykonanie badania kolonoskopowego oraz informacje na temat badania. Kolejne zaproszenia otrzymają osoby w wieku 55, 60 i 65 lat.

- Po ukończeniu 50 lat kobiety i mężczyźni mogą jednorazowo skonsultować się z lekarką lub lekarzem rodzinnym na temat przesiewowego badania kolonoskopowego.
- Kobiety i mężczyźni, którzy ukończyli 50 lat mogą jednorazowo wykonać test na ukrytą krew w kale, a po ukończeniu 55. lat co dwa lata.
- Mężczyźni po ukończeniu 50 lat i kobiety po ukończeniu 55. lat mogą alternatywnie do testu wykonać badanie kolonoskopowe. Wyniki kolonoskopii są pewniejsze aniżeli test.

Lekarka lub lekarz (specjaliści gastroenterolodzy) obserwuje jelito od wewnątrz za pomocą rurki zaopatrzonej w kamerę. Podczas badania lekarz może wykonać biopsję lub usunąć istniejące polipy. W ten sposób można zahamować powstanie nowotworu jelita.

Jeśli podczas kolonoskopii przesiewowej nie stwierdzono nieprawidłowości, badanie można powtórzyć dopiero po 10 latach.

Kobietom i mężczyznom przysługują dwa przesiewowe badania kolonoskopowe. Jeśli pierwsze badanie zostało wykonane dopiero w wieku 65 lat, wówczas można skorzystać tylko z jednego badania profilaktycznego w kierunku raka jelita.

Proszę omówić z lekarką lub lekarzem, 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

Rak szyjki macicy rozwija się przez wiele lat, na początku na podłożu łagodnych zmian nowotworowych, najczęściej po zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Każda kobieta po 20. roku życia może wykonać badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka. Badanie to ma na celu, wczesne wykrycie nieprawidłowości i stanów przedrakowych 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.

Od 1. stycznia 2020 r. kobiety objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, które ukończyły 20 lat otrzymają z kasy chorych pisemne zaproszenie na wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy. Kolejne zaproszenia kobiety otrzymają w wieku 55, 60 i 65 lat.

- Kobiety w wieku 20-34 lat mogą każdego roku wykonać test cytologiczny (w skali Papanicolao). Wszelkie nieprawidłowości są monitorowane w ramach badań przesiewowych.
- Kobietom, które ukończyły 35 lat oferowane są co 3 lata kompleksowe badania składające się z testu HPV na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego oraz wymazu cytologicznego. Wszelkie nieprawidłowości są monitorowane w ramach badań przesiewowych.
- Kobiety, które ukończyły 20 lat mogą wykonać co roku badanie ginekologiczne narządów płciowych. W zależności od wieku kobiety badanie to przeprowadza się każdego roku lub co trzy lata w połączeniu z badaniem cytologicznym lub badanie ginekologiczne wraz z wymazem cytologicznym i testem HPV na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego.

Badanie profilaktyczne w kierunku wczesnej diagnostyki raka piersi

Rak piersi jest najczęstszym na świecie kobiecym nowotworem. Obecnie szanse na wyleczenie są bardzo duże, gdyż oferowane są badania profilaktyczne.

Kobiety, które ukończyły 30 lat mogą wykonać co roku badania piersi.

Ginekolog wykonuje badanie palpacyjne piersi pod kątem zmian.

Kobiety między 50. a 69. rokiem życia otrzymują pisemne zaproszenie na badanie rentgenowskie piersi, czyli tzw. „mammografię” (Mammographie-Screening).

Mammografia to metoda obrazowania gruczołu piersiowego z użyciem promieni rentgenowskich, którą wykonują lekarze specjaliści.

Na wszelkie nieprawidłowości reaguje się szybko i zaleca wykonanie dalszych badań przesiewowych.

Program profilaktyki raka piersi (mammografia) jest refundowany przez powszechne kasy chorych.

Badanie przesiewowe: zakażenie Chlamydia trachomatis

Do najczęstszych chorób na świecie przenoszonych drogą płciową należy zakażenie 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 palpacyjne zewnętrznych narządów płciowych i gruczołu krokowego (prostaty) oraz węzłów limfatycznych. Proszę spytać lekarzkę 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.

Badania lekarskie dzieci i młodzieży

Po porodzie rodzice otrzymują książeczkę zdrowia dziecka, w której znajdują się dokładne informacje, kiedy należy poddać dziecko bilansowi lekarskiemu. Przeważnie u dziecka wykonuje się dziesięć badań bilansowych (U1-U9 oraz U7a; litera „U” oznacza w języku niemieckim „Untersuchung” – badanie) oraz badanie dla młodzieży (J1). Badania lekarskie dzieci i młodzieży – jeśli zostaną wykonane w przewidzianym terminie – są refunkowane przez kasę chorych.

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.

Dodatkowe informacje dotyczące badań bilansowych dla dzieci U1-U9 oraz młodzieży J1 dostępne są na stronie internetowej Federalnej Centrali Edukacji Zdrowotnej (BZgA) kindergesundheit.info.de”, przy wpisaniu odpowiedniego hasła:

www.kindergesundheit-info.de/themen

Profilaktyka zdrowotna dla dzieci i młodzieży

- **Wiek 0:** Badania profilaktyczne w czasie ciąży (wyniki badań wpisuje się do karty zdrowia ciąży)
- **Od 0-6:** Badania bilansowe U1 do U9 (wyniki badań wpisuje się do książeczki zdrowia dziecka) oraz badania profilaktyczne w kierunku wykrycia chorób jamy ustnej, zębów i żuchwy oraz szczepienia ochronne, np.: przeciwko śwince, odrze i różyczce.
- **Od 6. lat:** Regularne stomatologiczne badania profilaktyczne (wyniki badań dzieci, które ukończyły 12 lat wpisuje się do zeszytu bonusowego kasy chorych)
- **Od 9-17 lat:** Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV (w wieku 9-14 lat) lub szczepienie nadrobione w czasie późniejszym (w wieku 15-17 lat)
- **Od 12-14 lat:** Badanie bilansowe młodzieży J1

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 zdrowia, 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.

Ważne:

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.

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 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 rozważa Pani 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 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 anonimowo 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:

www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis

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.

Wirusowe zapalenie wątroby

Wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu B i C należą do najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie. Wirusy wywołują przewlekłe zapalenie wątroby, które może prowadzić do marskości i nowotworu wątroby. Niektóre osoby mogą być zakażone nawet o tym nie wiedząc, gdyż w początkowej fazie choroba przebiega bezobjawowo.

Obecnie dostępna jest szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, nie ma jeszcze szczepionki przeciwko WZW typu C. Dzięki nowoczesnym i dobrze tolerowanym lekom można leczyć i w niektórych przypadkach wyleczyć WZW typu C.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Do zakażenia wirusem zapalenia wątroby (WZW) typu B może dojść: poprzez kontakt z krwią, śliną, nasieniem i wydzieliną z szyjki macicy. Najczęściej dochodzi do zakażenia podczas stosunków seksualnych, wspólnego korzystania ze strzykawek i rurek do iniekcji narkotyków oraz podczas wykonywania piercingu i tatuażu.

Do zakażenia może dojść w trakcie zabiegów medycznych wykonywanych niesterylnie oraz podczas porodu. Aby zapobiec transmisji wirusa noworodki zostają zaszczepione zaraz po urodzeniu. Dlatego też u kobiet ciężarnych wykonuje się badania na wykrycie wirusa WZW typu B.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Do zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby (WZW) typu C dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią. Nawet niewielka ilość krwi wystarcza do zakażenia. Wirus WZW typu C nie jest przenoszony w mleku matki lub w wyniku kontaktów społecznych.

Wiele osób może nawet nie wiedzieć, że są zakażone wirusem WZW typu C. Do zakażenia mogło dojść na przykład podczas: konsumpcji narkotyków lub wykonywania tatuażu lub piercingu w warunkach niesterylnych. Do zakażeń dochodziło również podczas transfuzji krwi (w Niemczech przed 1991 r.) oraz akcji zdrowotnych (np. w latach od 50. do 80. XX wieku w Egipcie podczas leczenia schistosomatozy).

Testy: Wszystkie osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym mogą w ramach badań profilaktycznych (np. w przychodni lekarza rodzinnego) wykonać jednorazowe badanie pod kątem obecności wirusa WZW typu B i C. Sprawdza się również status szczepienia danej osoby. Ponadto można skorzystać z lokalnych ofert stowarzyszenia AIDS i Pomoc przeciw Narkotykom, które oferuje badania na stwierdzenie wirusa WZW typu C (badania są bezpłatne dla osób o niskich dochodach).

Wirus HIV i AIDS

HIV- oznacza human immunodeficiency virus. To wirus nabytego niedoboru odporności, który powoduje upośledzenie odporności zakażonej osoby. Nielezione zakażenie HIV prowadzi do rozwoju AIDS. Osoby zakażone wirusem HIV otrzymują leki, które hamują replikację wirusa. Do tej pory nie ma szczepionki na HIV.

Wirusem HIV można zakażać się poprzez kontakt z krwią, nasieniem, płynem pochwowym i mlekiem z piersi. Podwyższone ryzyko zakażenia wirusem HIV pojawia się: podczas stosunku płciowego (waginalnego i analnego) bez prezerwatywy, korzystania ze wspólnych strzykawek i igieł podczas konsumpcji narkotyków. Leki mogą zapobiec przeniesieniu zakażenia HIV z matki na dziecko w czasie porodu i podczas karmienia piersią.

Wykonanie testu to jedyny sposób, aby sprawdzić, czy dana osoba została zakażona wirusem HIV. Osoby kontaktowe można znaleźć na stronie: www.aidshilfe.de/hiv-test#wo-kann-man-sich-auf-hiv-testen-lassen

Także urzędy zdrowia oferują wykonanie testów.

U osób, u których podejrzewa się ryzyko zakażenia wirusem HIV przeprowadzenie niezwłocznej profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) może zapobiec przeniesieniu się wirusa HIV. Profilaktykę należy rozpocząć natychmiast, możliwie w przeciągu 24 godzin. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie: www.aidshilfe.de/PEP

Ochrona przed zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C oraz wirusem HIV:

- Safer Use: nie korzystać ze wspólnego sprzętu do iniekcji
- Wykonywać tatuaż i piercing tylko w sterylnych warunkach
- Safer sex: używać prezerwatyw podczas stosunku płciowego
- Ochrona przed wirusem HIV poprzez leki i działania zapobiegające: profilaktyka przedekspozycyjna wirusa HIV (PrEP). Dodatkowe informacje w internecie na stronie:

www.aidshilfe.de/hiv-prep

www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html

5 Ubezpieczenie pielęgnacyjne

Ubezpieczenie pielęgnacyjne wspiera zarówno osoby wymagające długotrwałej opieki, jak i ich krewnych. Członkowie powszechnych kas chorych posiadają automatycznie ubezpieczenie pielęgnacyjne. Osoby ubezpieczone prywatnie muszą zawrzeć prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne.

W przeciwieństwie do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczenie pielęgnacyjne oferuje także częściowe zabezpieczenie. 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. W zależności od tego, czy opiekę nad Państwem sprawują krewni lub służby pielęgniarskie, otrzymają Państwo – po złożeniu wniosku w ubezpieczeniu pielęgniarskim – zasiłek pielęgnacyjny oraz/lub „świadczenia rzeczowe”.

Wysokość świadczeń jest uregulowana ustawowo i jest wypłacana w zależności od stopnia niepełnosprawności.

Warunkiem otrzymania świadczeń jest wykazanie okresu ubezpieczenia. W niektórych przypadkach mogą zostać naliczone okresy płacenia składek w krajach poprzedniego miejsca zamieszkania.

Proszę dowiedzieć się w kasie ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Służba Medyczna wydaje orzeczenie o stopniu niepełnosprawności po zapoznaniu się z sytuacją osoby wymagającej opieki.

Wyróżniamy pięć stopni niepełnosprawności.

Zakwalifikowanie do danego stopnia niepełnosprawności 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 posiada (lub posiada tylko dzięki pomocy innych osób) zdolności do samodzielnego życia w jednym lub wielu obszarach.

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 w kasie ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale również w każdej chwili po złożeniu wniosku, mogą Państwo zasięgnąć porady w „punktach doradztwa pielęgnacyjnego”.

W punktach pracują specjaliści, którzy nie tylko udzielają informacji na temat opieki pielęgnacyjnej osobom zainteresowanym i ich krewnym, ale również im towarzyszą i je wspierają.

Osoby pobierające świadczenia socjalne (np. świadczenia zgodnie z ustawą o świadczeniach dla ubiegających się o azyl lub zasiłek z pomocy społecznej), mogą być podporządkowane innym świadczeniodawcom.

Opieka pielęgnacyjna w warunkach domowych

Celem opieki domowej jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym – możliwie jak najlepszego – radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Osoby niepełnosprawne wymagające opieki w domu, którą sprawują krewni lub inne osoby, otrzymują zasiłek pielęgnacyjny. Ambulatoryjne służby pielęgnacyjne przejmują opiekę w warunkach domowych nad osobą niepełnosprawną, jeśli krewni nie są w stanie lub nie chcą opiekować się osobą wymagającą pielęgnacji.

Zakwalifikowanie do stopnia niepełnosprawności 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 pokrywane są koszty środków pomocniczych lub dopasowania mieszkania, do określonej kwoty pieniężnej.

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 zatrudnieni w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, udzielą Państwu porady. Z pytaniami mogą Państwo również zwrócić się do lekarki lub lekarza rodzinnego, którzy posiadają doświadczenie we współpracy z ośrodkami pomocy znajdującymi się w pobliżu Państwa miejsca zamieszkania.

Kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego pokrywa osobom wymagającym opieki przebywającym w placówkach stacjonarnych wydatki związane z opieką, w tym wydatki za opiekę i wydatki za zabiegi medyczne wykonane przez opiekę leczniczą – do wysokości ustanowionej ustawą prawną. Z reguły wnosi się własny wkład.

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 sprawującym opiekę nad krewnym (ew. wolontariuszom opiekującym się chorym) składki na ubezpieczenie emerytalne oraz na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia. Ponadto nie uiszcza się składek na powszechne ubezpieczenie wypadkowe. W przypadku, gdy osoba zatrudniona musi nagle przerwać pracę – np. aby w krótkim czasie znaleźć odpowiedni ośrodek pielęgnacyjny dla bliskiej krewniej lub bliskiego krewnego – ubezpieczenie pielęgnacyjne wypłaci dochód za okres do dziesięciu dni roboczych.

Stopka redakcyjna


Wydawca:


Federalne Ministerstwo Zdrowia – Bundesministerium für Gesundheit

Wydział Z 24 „Migracja i Integracja”

11055 Berlin

www.bundesgesundheitsministerium.de

 [bmg.bund](https://www.facebook.com/bmg.bund)

 [bmg_bund](https://twitter.com/bmg_bund)

 [BMGesundheit](https://www.youtube.com/BMGesundheit)

 [bundesgesundheitsministerium](https://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium)

Stowarzyszenie Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. –

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstraße 6, 30175 Hannover

Layout: eindruck.net, 30175 Hannover

Tłumaczenie: Stowarzyszenie Ethno-Medizinisches Zentrum (EMZ e.V.)

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

Stan aktualny: 2022, 4 wydanie

Die Publikation „Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen“ können Sie in den Sprachversionen Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Italienisch, Kurdisch-Kurmanci, Paschtu, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Türkisch und Ukrainisch als PDF-Version herunterladen oder als Druckversion (Broschüre) kostenlos anfordern:

Składanie zamówień

Zamówienia online: www.gesundheit-mehrsprachig.de

e-mail: bestellportal@ethnomed.com

Pliki do pobrania na stronie: www.Wegweiser-Gesundheitswesen-Deutschland.de

Przyjmowanie zamówień: Zamówienie ulotek w wersji drukowanej proszę składać w Ethno-Medizinische Zentrum e.V., Königstraße 6, 30175

Linki URL: Właściciel domeny ponosi odpowiedzialność za treści stron zewnętrznych, do których odsyłamy.

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.