

Zarządzenie nr 31/2022
Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
z dnia 01.04.2022r.

w sprawie wprowadzenia instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu
Wojewódzkim im. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Na podstawie § 8 Statutu Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, zatwierdzonego uchwałą XXV/304/13 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 22 lutego 2013r. z późn. zm. zarządzam co następuje:

§1

Wprowadza się do użytku aktualizację nw. dokumentu:

1. „Instrukcja udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Wojewódzkim im. Ludwika Rydygiera w Suwałkach”.

§2


1. Zobowiązuję Kierowników komórek / jednostek organizacyjnych do zapoznania podległych pracowników z treścią wprowadzonych ww. aktu i do jego przestrzegania.

§3

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Traci moc Zarządzenie nr 72/2021 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach z dnia 12.08.2021 r.


D Y R E K T O R
Szpitala Wojewódzkiego
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Adam Szałanda

	INSTRUKCJA	Ozn. dok.: symbol (rodzaj)-nr/ wydanie IOD - I - 1/2
	udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Wojewódzkim im. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Strona / ilość stron 1/11
	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Ordynatorzy/Kierownicy komórek organizacyjnych, lekarz prowadzący, rejestratorzy medyczne, pracownicy Archiwum Adresat dokumentu	Data wdrożenia: 01.09.2021 Data aktualizacji: 28.03.2022r.

Spis treści

1. Podstawa prawna.....	2
2. Zakres stosowania.....	2
3. Odpowiedzialność i uprawnienia	2
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana	2
5. Formy udostępniania dokumentacji medycznej	3
6. Ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej.....	3
7. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w oddziale szpitalnym	4
8. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w poradni	4
9. Udostępnianie dokumentacji w zakładach lub pracowniach diagnostycznych.....	5
10. Udostępnianie dokumentacji na zewnątrz Szpitala.....	5
11. Udostępnianie dokumentacji medycznej szkole wyższej lub jednostce badawczo rozwojowej oraz osobom kształcącym się w zawodach medycznych	6
12. Zasady odpłatności	6
13. Przechowywanie dokumentacji medycznej.....	7

OPRACOWAŁ Inspektor Ochrony Danych	AKCEPTUJĘ - MERYTORYCZNIE Pełnomocnik Praw Pacjenta	AKCEPTUJĘ - FORMALNIE Kierownik Działu Administracyjnego	ZATWIERDZAM Dyrektor
Data <i>28.03.2022</i>	Data <i>09.04.2022</i>	Data <i>30.03.2022</i>	Data <i>01.04.2022</i>
INSPEKTOR OCHRONY DANYCH Pieczęć / podpis Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach Szczepan Gałązewski	PEŁNOMOCNIK PRAW PACJENTA Pieczęć / podpis Wojciech Wołyniec	KIEROWNIK DZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO Seksja Kadrów i Placowa Pieczęć / podpis Angelika Paluszka	DYREKTOR Pieczęć / podpis Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach Adam Szalanda

Niniejsza instrukcja ma na celu ustalenie jednolitego sposobu udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, osobom upoważnionym, przedstawicielom ustawowym pacjenta oraz organom i podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

1. Podstawa prawna

- 1) Rozporządzenie parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L Nr 119, str.1),
- 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2021 poz. 711) o działalności leczniczej,
- 3) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2020 poz. 849) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 4) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. 2019 poz. 1781) o ochronie danych osobowych,
- 5) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. (Dz.U.2021 poz. 666) o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. (Dz. U. z 2020 poz. 666) w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- 7) Rozporządzenie Ministra sprawiedliwości z dnia 7 lutego 2007 r. (Dz. U. 2007 nr 27 poz. 185) w sprawie sporządzenia niektórych poświadczeń przez organy samorządu terytorialnego i banki.

2. Zakres stosowania

Powyższa instrukcja obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala Wojewódzkiego im. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

- 1) **Dyrektor Szpitala** – za zatwierdzenie niniejszej instrukcji oraz wydawanie zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej organom i podmiotom uprawnionym,
- 2) **Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa** – za nadzorowanie zasad jej stosowania,
- 3) **Ordynatorzy/Kierownicy komórek organizacyjnych** – za wdrożenie i przestrzeganie zasad stosowania niniejszej instrukcji w obrębie komórki organizacyjnej oraz udostępnienia dokumentacji medycznej innym podmiotom w sytuacji, gdy jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu.
- 4) **Lekarz prowadzący** – za udostępnianie (w swojej obecności) do wglądu dokumentacji medycznej na prośbę pacjenta,
- 5) **Pracownicy Archiwum** – za udostępnianie dokumentacji, przygotowywanie kopii dokumentów i jej wydawanie oraz wysyłanie dokumentacji uprawnionym organom i podmiotom zgodnie z niniejszą instrukcją, a także na żądanie podmiotu poświadczanie kopii „za zgodność z oryginałem” dokumentacji znajdującej się w archiwum,
- 6) **Rejestratorka medyczna** - za udostępnianie (w swojej obecności) do wglądu dokumentacji medycznej na prośbę pacjenta w poradni, rejestracji głównej,
- 7) **Pielęgniarka** – za udostępnianie (w swojej obecności i zakresie swoich obowiązków) do wglądu dokumentacji medycznej na prośbę pacjenta.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana

- 1) pacjentowi, którego ta dokumentacja dotyczy za okazaniem dowodu tożsamości ze zdjęciem (dowód osobisty, paszport),
- 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu:
 - rodzicom, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat, za okazaniem swojego dowodu tożsamości ze zdjęciem,

- opiekunom ustanowionym przez sąd, za okazaniem dowodu tożsamości ze zdjęciem i stosownego orzeczenia (opieka nad małoletnim, opieka nad niepełnosprawnym lub ubezwłasnowolnionym, kurator itp.),
- 3) osobie upoważnionej przez pacjenta w historii choroby lub w pisemnym upoważnieniu z podpisem upoważniającego,
- 4) po śmierci pacjenta - osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym oraz osobie bliskiej, chyba, że sprzeciwił się temu pacjent za życia lub inna osoba bliska (spór rozstrzyga sąd). Osobą bliską jest małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.
- 5) Odwołania lub zmiany upoważnienia dokonuje się w formie pisemnego oświadczenia, które dołącza się do dokumentacji medycznej, której dotyczy.
- 6) Udostępnienie dokumentacji medycznej musi być zarejestrowane w „Wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej” prowadzonej przez komórkę organizacyjną udostępniającą tę dokumentację (wzór - załącznik nr 3 do niniejszej instrukcji).

5. Formy udostępnianie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, na miejscu w Szpitalu w obecności pracownika Archiwum lub lekarza prowadzącego albo innego lekarza z danej komórki organizacyjnej. Dotyczy to zarówno dokumentacji papierowej jak i prowadzonej w formie elektronicznej z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii z dokumentacji papierowej oraz wydruku z dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej lub kopii wyników badań na nośnikach elektronicznych;
- 3) poprzez wydanie oryginału na żądanie pacjenta, osoby upoważnionej przez niego oraz uprawnionych organów władzy publicznej, sądowi powszechnemu za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- 4) poprzez przesłanie dokumentacji medycznej pacjentowi e-mailem w przypadku gdy pacjent upoważnił do takiej formy udostępnienia i podał adres e-maila w dokumentacji medycznej. W przypadku braku takiego upoważnienia przesłanie dokumentacji medycznej e-mailem może być dokonane wyłącznie:
 - gdy przysłany email posiada certyfikat ID dla poczty email lub podpis elektroniczny pacjenta,
 - po przesłaniu pocztą tradycyjną przez pacjenta pisemnego upoważnienia z podaniem adresu e-mail podpisanego przez pacjenta i po weryfikacji podpisu w dokumentacji medycznej dokonanej przez uprawnionego pracownika szpitala.

6. Ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej

- 1) Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, lub osoba upoważniona przez niego, występują w formie pisemnej z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej (wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej). Dla ułatwienia można wykorzystać wzór „Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej” stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej instrukcji.
- 2) W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę nie upoważnioną przez pacjenta w historii choroby, dodatkowo należy złożyć „Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej ” (wzór - załącznik nr 2 do niniejszej instrukcji) podpisane przez upoważniającego.
- 3) Wnioski można składać **od poniedziałku do piątku, w dni robocze:**
 - w sekretariacie Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach w godz. 7:30 – 15:00 lub przesłać na adres Szpitala,
 - w Archiwum (pom. niski parter budynku A) w godz. **8:00 -14:00,**

(dotyczy dokumentacji medycznej leczenia w przychodniach i poradniach specjalistycznych, kart informacyjnych leczenia w oddziałach szpitalnych, historii pobytu na SOR i podstawowej opieki zdrowotnej przekazanej do archiwum),

– w rejestracji poradni w godzinach w godz. 8:00 – 14:00.

- 4) Udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi bez zbędnej zwłoki.
- 5) Odbiór kopii dokumentacji medycznej w godz. 8:00 – 14:00, od poniedziałku do piątku w dni robocze, w Archiwum oraz rejestracji poradni.
- 6) Wgląd do dokumentacji lub wydanie kopii musi być każdorazowo odnotowany:
 - w historii choroby - „Wgląd do historii/kopia w dniu przez pacjenta/osobę upoważnioną przez pacjenta” data, podpis i pieczęć osoby udostępniającej,
 - w „Wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej” (załącznik nr 3 niniejszej instrukcji) potwierdzony podpisem osoby dokonującej wglądu lub otrzymującej kopię oraz podpisem i pieczęcią osoby udostępniającej. W przypadku złożenia przez pacjenta/osobę uprawnioną pisemnego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej wniosek ten dołącza się do historii choroby.

7. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w oddziale szpitalnym

- 1) W trakcie pobytu w szpitalu pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej indywidualnej dotyczącej jego leczenia, z możliwością wykonania notatek lub zdjęć, w obecności lekarza.
- 2) Wgląd do dokumentacji musi być każdorazowo odnotowany:
 - na dole pierwszej strony historii choroby - „Wgląd do historii w dniu przez pacjenta/osobę upoważnioną przez pacjenta” data, podpis i pieczęć lekarza,
 - w „Wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej” (załącznik nr 3 niniejszej instrukcji) potwierdzony podpisem osoby dokonującej wglądu oraz podpisem i pieczęcią osoby udostępniającej - lekarza. Po zakończeniu roku kalendarzowego wykaz ten należy przekazać do Archiwum do dnia 10 stycznia następnego roku.
- 3) Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana na wniosek pacjenta, jedynie w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
- 4) Uzyskanie odpisu lub kopii odbywa się na zasadach określonych w pkt. 4 i 5 niniejszej instrukcji.
- 5) Kopia historii choroby z leczenia szpitalnego, jest wydawana w oddziale lub Archiwum.

8. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w poradni

- 1) Pacjent leczony w poradni ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej, z możliwością wykonania notatek lub zdjęć, w obecności lekarza, pielęgniarki lub rejestratorki poradni, Archiwum. Wgląd do dokumentacji musi być każdorazowo odnotowany:
 - a) w dokumentacji poradni wytworzonej w formie papierowej:
 - na dole pierwszej strony dokumentacji medycznej - „Wgląd do historii w dniu przez pacjenta/osobę upoważnioną przez pacjenta” data, podpis osoby odbierającej,
 - w „Wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej” (załącznik nr 3 niniejszej instrukcji) podpisem osoby udostępniającej.
 - b) w dokumentacji poradni prowadzonej tylko w systemie informatycznym:
 - w systemie informatycznym w dokumentacji pacjenta w polu UWAGI - „Wgląd do historii w dniu przez pacjenta/osobę upoważnioną przez pacjenta” ,
 - w „Wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej” (załącznik nr 3 niniejszej instrukcji) potwierdzony podpisem osoby dokonującej wglądu oraz podpisem osoby udostępniającej.
 - c) Po zakończeniu roku kalendarzowego „Wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej” należy przekazać do Archiwum do dnia 10 stycznia następnego roku.
- 2) Pacjent, osoba upoważniona do otrzymywania kopii dokumentacji medycznej zwraca się z prośbą o jej wydanie do Archiwum, rejestracji poradni.

- 3) Dokumentacja medyczna wydawana jest przez pracownika Sekcji Obsługi Informatycznej w postaci kopii lub wydruku z systemu informatycznego (dokumentacji prowadzonej tylko w tym systemie) i odbywa się na zasadach określonych w pkt. 4 i 5 niniejszej instrukcji.

9. Udostępnianie dokumentacji w zakładach lub pracowniach diagnostycznych

- 1) Wyniki badań wykonanych w trakcie hospitalizacji pacjenta nie mogą być udostępniane pacjentowi przez pracownię.
- 2) Wyniki badań stanowią integralną część historii choroby a jej odpisy lub kopie mogą być udostępniane osobom uprawnionym tylko zgodnie z niniejszą instrukcją, jako dokumentacja medyczna.
- 3) Wyniki badań wykonanych poza hospitalizacją pacjenta (pacjenci ambulatoryjni) są wydawane w ustalonym terminie pacjentowi lub podmiotowi zlecającemu badanie. W przypadku odbioru wyników badań przez inną osobę, dodatkowo należy złożyć „Upoważnienie do odbioru wyniku badania ” (załącznik nr 2 do niniejszej instrukcji) podpisane przez upoważniającego.
W przypadku konieczności ponownego wydania pacjentowi odpisu lub wyniku badania, dokonuje się wydruku wyniku badania z systemu informatycznego na zasadach określonych w pkt. 4 i 5, niniejszej instrukcji lub dokonuje odpisu badania.

10. Udostępnianie dokumentacji na zewnątrz Szpitala

- 1) Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym następuje na podstawie pisemnego wniosku skierowanego do Dyrektora Szpitala.
- 2) Dokumentacja medyczna udostępniana jest:
 - a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - b) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - c) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - d) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - e) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w artykule 31 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - f) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019r. o Agencji Badań Medycznych;
 - g) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - h) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - i) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku i w sprawie z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - j) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - k) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

- l) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległych szefom właściwych agencji;
 - m) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - n) Wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - o) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed Wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych o których mowa w art. 67e ust. 1;
 - p) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - q) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
- 3) Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli udostępnia się oryginał dokumentacji.
- 4) W razie wydania oryginałów dokumentacji medycznej należy pozostawić jej kopie, chyba, że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

11. Udostępnianie dokumentacji medycznej szkole wyższej lub jednostce badawczo rozwojowej oraz osobom kształcącym się w zawodach medycznych

- 1) Dokumentację medyczną udostępnia się szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania w celach naukowych lub nauki zawodu, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
- 2) Osobom kształcącym się w zawodach medycznych w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych (osoby te zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta).
- 3) Dokumentacja udostępniana jest:
 - a) na miejscu w Szpitalu Wojewódzkim im dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach,
 - b) na warunkach określonych w umowach zawartych między szkołą wyższą, jednostką badawczo-rozwojową lub osobom kształcącym się w zawodach medycznych, a Szpitalem lub decyzjach Dyrektora Szpitala na wnioskach o udostępnienie dokumentacji medycznej ze wskazaniem imiennie osób uprawnionych do dostępu do tej dokumentacji.

12. Zasady odpłatności

- 1) Za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi, w żądanym zakresie, po raz pierwszy w formie wyciągów, odpisów lub kopii oraz na nośnikach danych typu CD, DVD Szpital nie pobiera opłaty. Wydanie kolejnej kopii tej samej dokumentacji medycznej jest odpłatne. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej w wyżej wymienionych formach po raz kolejny jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
- 2) Wysokość opłat ustala się w oparciu o art. 28 pkt. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i wynosi:
 - a) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,

- b) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia jw.,
 - c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia jw.
- 3) Opłaty nie pobiera się od organów rentowych w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
 - 4) Wysokość obowiązujących opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, w formie wyciągów, odpisów lub kopii oraz na nośnikach danych typu CD lub DVD, ustala Dział Finansowo – Księgowy w oparciu o Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, podając informację zainteresowanym komórkom organizacyjnym, nie później niż w ciągu 2 tygodni od jego ukazania się.

13. Przechowywanie dokumentacji medycznej

- 1) Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - b) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez 22 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano hospitalizację,
 - c) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - d) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
 - e) skierowań na badania lub zleceń lekarza w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie - przechowywane jest 2 lata licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie lub zlecenie.
- 2) Po upływie okresu przechowywania dokumentacja medyczna jest niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
- 3) Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona lub osoba bliska może zwrócić się z pisemną prośbą do Dyrektora Szpitala o wydanie oryginału historii choroby dopiero po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej, lecz nie później niż do końca marca roku następnego po tym okresie. Szpital co roku występuje z informacją ogólnie dostępną dla pacjentów o minionym okresie obowiązkowego przechowywania i możliwości odbioru dokumentacji medycznej przez pacjenta.

Suwałki dn.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

Imię i nazwisko PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane umożliwiające kontakt:
(np. adres do korespondencji, telefon, e-mail)**DANE PACJENTA:** (wypełnić w przypadku, gdy wnioskuje osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy)Imię i nazwisko
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć):

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy,
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (opiekun osoby małoletniej, osoby ubezwłasnowolnionej)
- wniosek składa osoba upoważniona w dokumentacji medycznej,
- wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta.
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)

PROSZĘ O: WGLĄD WYDANIE KOPII WYDANIE W INNEJ FORMIE
z leczenia w Oddziale / Poradni
wpisać nazwę

Rodzaj dokumentacji (właściwe zaznaczyć):

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oddział: | <input type="checkbox"/> Całość dokumentacji | <input type="checkbox"/> Karta informacyjna | <input type="checkbox"/> Wyniki badań |
| | <input type="checkbox"/> Karta znieczulenia | <input type="checkbox"/> Opis zabiegu operacyjnego | |
| <input type="checkbox"/> Poradnia: | <input type="checkbox"/> Historia zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> Wyniki badań | |
| <input type="checkbox"/> RTG/TM/RM | <input type="checkbox"/> Płyta CD | <input type="checkbox"/> Zdjęcie | |
- Inna (jaka):

za okres do

Forma odbioru (właściwe zaznaczyć):

- Odbiorę osobiście
- Proszę wysłać na podany adres pocztowy/e-mail
.....
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana
.....

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej
Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Dokumentacja została wydana w dniu

- wnioskodawcy
- osobie trzeciej
Imię i nazwisko

.....
Podpis osoby odbierającej

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data
2. Imię i nazwisko pacjenta.....
3. PESEL.....(w przypadku braku PESEL podać datę urodzenia)
4. Ja, niżej podpisany/a upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/i
..... nr dokumentu tożsamości
5. Upoważnienie jest jednorazowe.
6. Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej musi okazać dowód tożsamości ze zdjęciem.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
pieczęć komórki organizacyjnej

WYKAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UDOSTĘPNIONEJ W

