

**Zarządzenie nr 03/2020**

**Dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie**

**z dnia 03 stycznia 2020 r.**

**w sprawie wprowadzenia wzoru wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz prowadzenia rejestru wydanej dokumentacji medycznej w Szpitalu**

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.) oraz § 31 pkt 8, 9 i 10 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, zarządzam co następuje:

**§ 1**

1. Wprowadza się w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie, wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, stanowiący załącznik do niniejszego Zarządzenia.
2. Wprowadzam rejestr wydanej dokumentacji medycznej w Szpitalu, który prowadzony jest w Kancelarii Szpitala przy udziale Archiwum Medycznego i Sekcji Informatyki.

**§ 2**

Zobowiązuje się wszystkich Kierowników komórek organizacyjnych do:


1. Przestrzegania postanowień zawartych w Regulaminie.
2. Nadzoru nad przestrzeganiem postanowień zawartych w Regulaminie przez podległy personel.

**§ 3**

Treść wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej dostępna jest na stronie internetowej Szpitala oraz w Kancelarii Szpitala.

**§ 4**

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 3 stycznia 2020 roku.
2. Zarządzenie podaje się do wiadomości w sposób przyjęty w Szpitalu.

  
DYREKTOR  
Szpitala Specjalistycznego  
w Chorzowie  
Tomasz Pawlak



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**  
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10  
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33  
www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl  
email: sekretariat@sswch.pl

Chorzów, dnia .....

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

nr ..... / .....

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

**CZĘŚĆ I**

**1. Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko .....

PESEL/ data urodzenia: .....

Adres zamieszkania : .....tel.: .....

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy : (wypełnić gdy wnioskodawca nie jest pacjentem, którego dotyczy dokumentacja)**

Imię i nazwisko .....

PESEL: .....

Adres: .....tel.: .....

**3. Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

z leczenia szpitalnego w oddziale.....w okresie .....

z leczenia ambulatoryjnego w poradni..... w okresie .....

**4. Proszę o przygotowanie: karty informacyjnej z pobytu w szpitalu, całej historii choroby, wyników badań (zaznaczyć właściwe) poprzez:**

wydanie kserokopii

wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem

udostępnienie do wglądu na miejscu

inną formę udostępnienia .....

**5. Sposób odbioru dokumentacji:**

dokumentację odbiorę osobiście

dokumentację odbierze osoba upoważniona (patrz pkt 7,8 pouczenia)

dokumentację proszę przesłać na adres określony w pkt 1 poprzez wskazanego przeze mnie operatora pocztowego, za pobraniem obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki ustalone przez doręczyciela. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji w wskazanym przeze mnie trybie nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem zamieszczonym na odwrocie strony

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)



## Pouczenie

1. Administratorem danych osobowych pacjenta Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie jest szpital. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych czyli szpitala.
2. Dane osobowe pacjenta są przetwarzane w celu realizacji prawa do dostępu do dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008r O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(art.6 ust.1 lit.c oraz art.9 ust.2 lit.h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO))
3. Pacjent w ramach przetwarzania danych osobowych ma prawo:
  - dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kserokopii,
  - sprostowania swoich danych,
  - usunięcia swoich danych osobowych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
  - ograniczenia przetwarzania danych, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
  - wniesienia skargi do Prezesa UODO ( na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2,00-193 Warszawa).
4. Podmiot leczniczy – szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu; □osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie; □upoważnionym organom.
5. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:
  - do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;
  - poprzez sporządzenie jej kopii
  - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu, przez uprawniony **organ lub podmiot** na jego wyraźne żądanie udostępnienia oryginałów.
7. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
8. Odmowa udostępnienia dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej.
9. W przypadku upoważnienia do wydania dokumentacji medycznej osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie.
10. Prawomocne upoważnienie, o którym mowa w pkt. 7 musi być sporządzone w obecności pracownika upoważnionego do wydania dokumentacji medycznej albo potwierdzone notarialnie. Inną możliwością jest podpisanie upoważnienia urzędowo poświadczonym podpisem upoważniającego.
11. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.
12. Dokumentacja wydawana jest nie później niż w terminie 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku.
13. Opłaty za udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej obliczane są zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
14. Przekazanie żądanej dokumentacji za pośrednictwem operatora pocztowego odbywa się na koszt i ryzyko wnioskodawcy.

---

### Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r nr 112 poz. 654 );
2. Ustawa Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (Dz. U. z 2009, nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz.2069)
4. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm )
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 202, poz. 2135 z późn. zm.)



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**  
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10  
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33  
www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl  
email: sekretariat@sswch.pl

Chorzów, dnia .....

**Realizacja wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej**  
**nr ..... / ..... / .....**

**CZĘŚĆ II (wypełnia pracownik)**

1. Potwierdzam przygotowanie wymienionej poniżej dokumentacji medycznej i przekazanie jej do punktu kserokopii.

Skrócona nazwa komórki / Nr Ks.

Głównej: .....  
.....

Skrócona nazwa komórki / Nr

Kartoteki: .....  
.....

.....  
data i podpis pracownika przekazującego dokumentację z komórki merytorycznej do punktu ksero

2. Należność z tytułu odpłatności za wykonanie ..... stron/y kserokopii wynosi ..... zł.  
(podać ilość stron)

odstąpienie od zapłaty na podstawie art.28 ust.2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

3. Zwrot oryginału dokumentacji medycznej do komórki merytorycznie odpowiedzialnej za jej posiadanie

.....  
(data i podpis osoby odbierającej)

**Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej na podstawie**  
**wniosku nr .....**

**CZĘŚĆ III**

- potwierdzenie tożsamość osoby uprawnionej do odbioru przygotowanej dokumentacji medycznej  
 weryfikacja uregulowania odpłatności za wykonane usługi

Dokumentację w zakresie: karty informacyjnej z pobytu w szpitalu, całej historii choroby, wyników badań .....

wydano pani/panu: .....

Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:  
.....

.....  
data i czytelny podpis pracownika

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

potwierdzenie odbioru Zarządzenia nr 03 / 2020

Data	Oddział / Komórka Organizacyjna	Podpis
13.01.2020	Sekcja Rolniczeń	Jlucya
13.01.2020	PDI TA	Szymon
13.01.2020	Por. Ter. Młodzieżowi	Michał
13.01.2020	Psychiatria	Lech
13.1.2020	Pens. Dept	Jędrzej
13.01.2020	Pracownia psych	Szymon
14.01.2020	Psych. Dzieci	Dylap
13.01.2020	Odcisk. Art. u.	Cezary
14.01.2020	Oddział Zabytk.	V. Lando
14/01/2020	Dział Org - Adm	Stephan
14.01.20	Por. pul. i FT.	Sławomir Jędrzej
14.01.20	Dział Org - Adm	Szymon
14.01.2020	Sekcja Informat.	Paweł