



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Zarządzenie nr 51/2023

Dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie z dnia 18.05.2023 r.

zmieniające Zarządzenie nr 60/2022 w sprawie w sprawie: **udostępniania dokumentacji medycznej, w tym zasad naliczania i pobierania odpłatności**

w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie

Na podstawie:

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w związku z § 25.1.2 i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie zarządzam, co następuje:

§1

W Zarządzeniu nr 60/2022 w sprawie w sprawie: udostępniania dokumentacji medycznej, w tym zasad naliczania i pobierania odpłatności w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie wprowadza się następujące zmiany:

- §1 punkt 5 otrzymuje następujące brzmienie:

Dokumentację medyczną udostępnia się w następujący sposób:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczenie zdrowotne w obecności upoważnionego pracownika,
- poprzez sporządzanie jej papierowej kopii (alternatywnie potwierdzonej za zgodność z oryginałem) oraz kopii na informatycznym nośniku danych,
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ władzy publicznej żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji zgodnie z podstawą prawną, a pracownik upoważniony do wydania oryginału dokumentacji zobligowany jest do sporządzenia jej kopii, w celu jej archiwizacji w zasobach Szpitala,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

- Załącznik nr 1: Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej osobom fizycznym (część A) w Tytule prawnym do uzyskania dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu) otrzymuje dodatkowy zapis:

instytucje: ZUS, Sąd, Prokuratura, Policja itp. *** (wpisać jaką)





SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



- Załącznik nr 1: Realizacja Wniosku (część B) w punkcie 2. Potwierdzam ilość stron do kserokopii w zakresie odpłatności, zgodnie z wewnętrznym rejestrem otrzymuje dodatkowy zapis:

bezpłatnie (w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, ZUS – komisja rentowa, w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Badań Medycznych, Sąd, Prokuratura, Policja)

od nr strony (data) do nr strony (data)

§2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Dyrektorowi ds. Lecznictwa, Kierownikowi Działu Organizacyjno-Administracyjnego oraz Informatykowi, każdemu w zakresie swojej właściwości

§3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Szpitala Specjalistycznego
w Chorzowie
Tomasz Pawlak





SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 51/2023

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBOM FIZYCZNYM (część A)

nr /
(nr wypełnia Pracownik Archiwum)

Pacjent może zgłosić Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie pisemnej, w formie ustnej, telefonicznie i w formie elektronicznej.

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko Wnioskodawcy																			
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)																			
Adres zamieszkania:																			
Telefon:																			
Adres e-mailowy:																			

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć X we właściwym miejscu)

- jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy
- jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta / opiekunem prawnym
- posiadam UPOWAŻNIENIE wystawione przez pacjenta* (dołączyć do wniosku)
- jestem osobą bliską dla pacjenta ** (wpisać jaką)
- instytucje: ZUS, Sąd, Prokuratura, Policja itp *** (wpisać jaką)

ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- do wglądu na miejscu
- wydanie kopii / wyciągu / odpisu / wydruku (właściwie podkreślić), potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- kopii na informatycznym nośniku danych CD
- za pośrednictwem poczty e-mailowej na ww. adres
- wydanie oryginału*** i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu do dnia

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

(wypełnić gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

Imię i nazwisko Pacjenta																			
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)																			

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (wskazać nazwę oddziału / poradni / pracowni)

- z leczenia szpitalnego, w oddziale w okresie od do
- z leczenia ambulatoryjnego, w poradni w okresie od do

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- całość historii choroby
- historia choroby - dokumentacja lekarska
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- wyniki badań
- inne (wymienić jakie)

* Dotyczy osób, które nie są upoważnione w dokumentacji medycznej

** Dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci, wskazanej w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobami bliskimi zgodnie z ww. ustawą są: 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

*** Dotyczy wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



REALIZACJA WNIOSKU (część B)

(wypełnia pracownik komórki organizacyjnej, Oddziału, Poradni)

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

Skrócona nazwa komórki / Nr Ks. Głównej:

Skrócona nazwa komórki / Nr Kartoteki:

2. Potwierdzam ilość stron do kserokopii w zakresie odpłatności, zgodnie z wewnętrznym rejestrem:

bezpłatnie (pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej) **po raz pierwszy w żądanym zakresie** od nr strony (data) do nr strony (data)

od nr strony (data) do nr strony (data)

bezpłatnie (w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ZUS – komisja rentowa, w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych, Sąd, Prokuratura, Policja itp)

od nr strony (data) do nr strony (data)

bezpłatnie (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 na wypisany odrębnie wniosek do Dyrektora Szpitala Specjalistycznego)

odpłatnie - od nr strony (data) do nr strony (data)
- od nr strony (data) do nr strony (data)

z wystawieniem faktury na adres pacjenta

za pobraniem obejmującym koszt kopii i opłat Poczty Polskiej

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

3. Należność z tytułu odpłatności za wykonanie stron/y kserokopii wynosi:

(wypełnia pracownik ksero)

..... x = zł
(podać ilość stron) (podać kwotę)

+ koszty przesyłki poleconej za potwierdzeniem odbioru = łącznie

4. Faktura nr
(wypełnia pracownik Księgowości)

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

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

