

INSTRUKCJA

UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PRZEZ UNIWERSYTECKI SZPITAL ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNY W ZAKOPANEM

1. Cel instrukcji

Wprowadzenie jednolitych zasad udostępniania przez Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem dokumentacji medycznej.

2. Przedmiot i zakres stosowania

Określenie zasad i trybu postępowania dotyczącego udostępniania dokumentacji medycznej podmiotom zewnętrznym.

3. Odpowiedzialność i uprawnienia

Pracownik Sekretariatu Medycznego – za przyjmowanie wniosków pisemnych o udostępnienie dokumentacji (składanych drogą pocztową i elektroniczną), ich weryfikację (w tym zlecenie weryfikacji prawnej dołączonych do wniosku pełnomocnictw) przygotowanie kopii dokumentacji medycznej oraz przygotowanie kopii dokumentacji dla innych podmiotów/instytucji uprawnionych. Prowadzenie rejestru wydawanych kopii dokumentacji medycznej.

Pracownicy Sekcji Organizacyjnej – za przyjmowanie wniosków pisemnych o udostępnienie dokumentacji (składanych osobiście), za obsługę osób wnioskujących w siedzibie USOR (w tym w razie potrzeby zlecenie prawnej weryfikacji przedstawianych pełnomocnictw) oraz wydanie dokumentacji medycznej.

Pracownik Archiwum – za wydanie dokumentacji znajdującej się w archiwum celem sporządzenia kserokopii (a w razie potrzeby zlecenie prawnej weryfikacji przedstawionych pełnomocnictw).

4. Opis postępowania

Postanowienia ogólne

- 1) USOR udostępnia dokumentację medyczną osobom fizycznym, podmiotom i organom uprawnionym, w granicach złożonego wniosku i posiadanej dokumentacji, bez zbędnej zwłoki, z zachowaniem przepisów obowiązującego prawa, w tym tajemnic prawem chronionych.
- 2) Dokumentację medyczną udostępnia się z uwzględnieniem uregulowań określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. z 28 stycznia 2016 r. Dz.U. z 2016 r., poz. 186) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069):
 - do wglądu – w obecności lekarza wyznaczonego przez Dyrektora USOR.
 - poprzez sporządzenie jej odpisów lub kopii i wydanie ich osobie lub podmiotowi/instytucji wnioskującej,
 - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów. W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej w sposób wskazany powyżej, w miejscu przechowywania dokumentacji należy pozostawić uwierzytelnioną kopię lub

pełny odpis wydanej dokumentacji.

- 3) Dokumentacja medyczna jest udostępniana z zachowaniem przepisów obowiązującego prawa na podstawie **WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (załącznik nr 1) lub **WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI RTG** (załącznik nr 2) złożonego osobiście w Sekcji Organizacyjnej USOR, przesłanego drogą pocztową na adres: *USOR, ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane*.
- 4) Wnioskujący osobiście przy składaniu wniosku okazuje dokument tożsamości.
- 5) Wnioskujący drogą pocztową zobowiązany jest dołączyć do wniosku ksero obu stron dowodu osobistego (ksero winno być przekreślone).
- 6) Podpis wnioskującego musi być oryginalny (wyklucza się skan lub kserokopię dokumentu).
- 7) W przypadku, gdy wnioskującym jest osoba fizyczna działająca na podstawie pełnomocnictwa, do wniosku należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa (wyklucza się kserokopię lub skan dokumentu).
- 8) W przypadku, gdy wnioskującym jest osoba prawna działająca na podstawie pełnomocnictwa, do wniosku należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa oraz pełnomocnictwo osoby działającej z upoważnienia osoby prawnej podpisane przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji podmiotu (jeżeli pod wnioskiem podpisana jest osoba nie wymieniona w KRS jako uprawniona do reprezentacji podmiotu) – wyklucza się kserokopie lub skany dokumentów, a także dokumenty podpisane za pomocą faksymile.
- 9) Wniosek składany przez zakład ubezpieczeń podpisuje lekarz załączając stosowne upoważnienie udzielone mu przez osoby uprawnione do działania w imieniu zakładu ubezpieczeń (wyklucza się kserokopie lub skany dokumentów, a także dokumenty podpisane za pomocą faksymile) a także załączając inne dokumenty przewidziane w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz NFZ.
- 10) Wzory wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, można pobrać w Sekcji Organizacyjnej. Zamieszczone są również na stronie internetowej USOR: www.klinika.net.pl
- 11) Kopię dokumentacji medycznej wykonuje pracownik Sekretariatu Medycznego. Kserokopie pieczętowane są za zgodność z oryginałem, pieczęcią USOR, datownikiem i podpisywane przez osobę wykonującą kopię.
- 12) Wniosek zostaje włączony do indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Wykaz podmiotów zewnętrznych, którym udostępnia się dokumentację medyczną

Dokumentację medyczną udostępnia się:

- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
- 2) podmiotom wymienionym w art. 26 ust 3 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. z 28 stycznia 2016 r. Dz.U. z 2016 r., poz. 186).

Miejsce składania wniosków

Wnioski można składać:

- 1) osobiście w Sekcji Organizacyjnej od poniedziałku do piątku w godzinach 8:30 do 13:30
- 2) drogą pocztową na adres USOR, ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane.

Miejsce odbioru dokumentacji medycznej

Zakopane, dnia 201... roku

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)**

1. DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO: NR TEL.

PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA:
.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:
.....
.....

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA: (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

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

3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

HISTORIA CHOROBY

KOPIĘ ZDJĘĆ RTG NA PŁYCCIE CD*

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM
- Z OKRESU:
- Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM
- Z OKRESU:
- Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

* Zdjęcia w technologii cyfrowej dostępne od października 2011 roku. RTG wykonane analogowo wymagają przetworzenia

4. W ZAŁĄCZENIU KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY (DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK ZA POŚREDNICTWEM POCZTY)

5. ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ OSOBIŚCIE
- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ WYSLAĆ NA W.W. ADRES ZA ZALICZENIEM POCZTOWYM
- UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ/PANA:
- PESEL:

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z aktualnym cennikiem Poczty Polskiej S.A.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
czytelny podpis odbierającego

Zakopane, dnia 201... roku

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI RTG NA PŁYCCIE CD (PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

1. DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO: NR TEL.

PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....
.....

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA: (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

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

3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI RTG (NA PŁYCCIE CD)*:

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM
 Z OKRESU:
 Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

* Zdjęcia w technologii cyfrowej dostępne od października 2011 roku. RTG wykonane analogowo wymagają przetworzenia

4. W ZAŁĄCZENIU KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY. (DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK ZA POŚREDNICTWEM POCZTY)

5. ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ OSOBIŚCIE
 WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ WYSLAĆ NA W.W. ADRES ZA ZALICZENIEM POCZTOWYM
 UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ/PANA:
..... PESEL:

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z aktualnym cennikiem Poczty Polskiej S.A.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
czytelny podpis odbierającego