

## Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem

# REGULAMIN

sporządzania, prowadzenia, udostępniania oraz przekazywania do archiwum dokumentacji medycznej

Zakopane, 23 grudnia 2016 rok

### Podstawę prawną niniejszego "Regulaminu" stanowią:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. z 28 stycznia 2016 r. Dz.U. z 2016 r., poz. 186)
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. z 10 marca 2015 r. Dz. U. z 2015 r., poz. 464),
- Ustawa o ochronie danych osobowych (t.j. z 13 czerwca 2016 r. Dz. U. z 2016 r., poz.922 ),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r. (DZ. U. z 2015 r., poz. 2069),

Niniejszy Regulamin określa sposób sporządzania, prowadzenia, udostępniania oraz przekazywania do archiwum dokumentacji medycznej oraz odpowiedzialność osób i jednostek za prawidłowe sporządzanie, prowadzenie, udostępnianie i przekazywanie do archiwum dokumentacji medycznej w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem zwanym dalej „USOR”.

## I. Postanowienia wstępne.

1. Dokumentacja medyczna stanowi własność USOR. USOR przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu z wyjątkiem:
  - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
  - 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu
  - 3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
  - 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
  - 5) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 uprawniony pracownik USOR inicjuje niszczenie dokumentacji po uzyskaniu zgody Dyrekcji USOR, w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.
3. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby bliskiej, którą pacjent upoważnił stosownym oświadczeniem do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej, za pokwitowaniem.
4. Informacja na temat brakowania (niszczenia) dokumentacji medycznej zostaje opublikowana do ogólnej wiadomości w formie komunikatu zamieszczonego na stronie internetowej USOR na co najmniej 30 dni przed przystąpieniem do brakowania.
5. Dyrektor ds. Lecznictwa sprawuje nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej w USOR.
6. Personel medyczny USOR jest odpowiedzialny za prawidłowe sporządzanie dokumentacji medycznej pacjenta.
7. Sekretarki medyczne oraz pracownicy Izby Przyjęć sprawują nadzór nad prawidłowym sporządzaniem, prowadzeniem i przekazywaniem do archiwum dokumentacji medycznej - sporządzanej w Poradni Ortopedycznej i Klinicznych Oddziałach USOR.
9. W przypadku stwierdzenia formalnych braków w dokumentacji medycznej personel medyczny odpowiedzialny za ich powstanie jest zobowiązany do ich uzupełnienia.
10. USOR udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie pisemnego wniosku w tej sprawie.
11. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta potwierdza odbiór wnioskowanej dokumentacji na wniosku.
12. Uprawnionym organom i instytucjom udostępnia się dokumentację medyczną na podstawie wniosku pozytywnie rozpatrzonego przez Dyrektora ds. Lecznictwa.
13. Dokumentację medyczną udostępnia się na zewnątrz USOR w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba, że uprawniony organ żąda na piśmie udostępnienia oryginałów, wówczas sporządza się kopię dla USOR.

## II. Definicje i pojęcia.

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

**USOR**- należy przez to rozumieć Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem.

**PESEL** - należy przez to rozumieć Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności.

**NIP** - należy przez to rozumieć Numer Identyfikacji Podatkowej.

**AMMS** – System informatyczny.

**HZiCh** - należy przez to rozumieć Historię Zdrowia i Choroby pacjenta USOR.

**IP** – Izbę Przyjęć USOR.

**ARCHIWUM** – Archiwum dokumentacji medycznej USOR.

**Uprawnionej osobie fizycznej** - rozumie się przez to pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobę przez niego upoważnioną, również osobę upoważnioną przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci.

**Wnioskodawcy** – rozumie się przez to pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobę przez niego upoważnioną, a w razie śmierci pacjenta – osobę upoważnioną przez niego za życia do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego zgonu – występującą z wnioskiem do USOR o udostępnienie dokumentacji medycznej.

**Dokumentacji medycznej** – rozumie się zbiory sporządzonych informacji medycznych, związanych ze stanem zdrowia pacjentów USOR oraz z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi.

**Dokumentację medyczną stanowią:**

1. **indywidualna dokumentacja medyczna** – odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń komórek organizacyjnych USOR.
2. **zbiorcza dokumentacja medyczna** – odnosząca się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń jednostek organizacyjnych USOR.

**Zbiory informacji objętych dokumentacją medyczną** w USOR są sporządzane i utrwalane na komputerowych nośnikach informacji z zachowaniem selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczeniem zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych oraz zabezpieczeniem zbioru informacji przed zniszczeniem. Zbiory informacji są sporządzane w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji w postaci formularzy.

**Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej** stanowi rejestr świadczeń zdrowotnych.

**Indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta** jest prowadzona dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w systemie informatycznym AMMS z wymogiem wydruku dla wszystkich dokumentów wymagających podpisu, które są przechowywane w teczkach. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

**Dokumentacja medyczna indywidualna dzieli się na:**

1. dokumentację **indywidualną wewnętrzną** przeznaczoną na potrzeby USOR,
2. dokumentację **indywidualną zewnętrzną** przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w USOR.

**Dokumentacja medyczna zbiorcza** jest prowadzona w formie ksiąg, w systemie informatycznym.

### III. Indywidualna dokumentacja medyczna.

1. Indywidualna dokumentacja medyczna odnosi się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych jednostek organizacyjnych USOR.
2. Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci:
  - 1) indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej w formie historii zdrowia i choroby, w której wpisuje się w szczególności rozpoznanie, wyniki badań podstawowych i dodatkowych, ordynacje lecznicze, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach oraz inne informacje istotne dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego, a w razie zgonu pacjenta – również przyczynę zgonu oraz adnotacje o ewentualnej sekcji zwłok i pobraniu narządów lub tkanek ze zwłok.
  - 2) indywidualnej dokumentacji medycznej zewnętrznej, na którą składają się w szczególności skierowania do szpitali lub innych podmiotów, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultację, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie.
3. Do HZiCh dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.
4. HZiCh ma zawierać nazwę podmiotu sporządzającego dokumentację w formie nadruku lub pieczęci z określeniem:
  - a. nazwy podmiotu leczniczego: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem.
  - b. numeru księgi rejestrowej RPWDL wraz z oznaczeniem organu rejestrowego: 000000018584/W-12.
  - c. adresu podmiotu leczniczego: 34-500 Zakopane, ul. Balzera 15.
  - d. nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.
  - e. nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.
  - f. numeru kontraktu z NFZ: 064/100016.
5. HZiCh winna zawierać oznaczenie pacjenta, którego dotyczy: nazwisko i imię (imiona) pacjenta, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania lub pobytu, nr PESEL – jeżeli został nadany, a w przypadku noworodka - numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
6. HZiCh prowadzona w postaci elektronicznej winna zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza i pielęgniarki, wydruk papierowy dokumentacji elektronicznej winien zawierać podpis, osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.
7. Ponadto HZiCh winna zawierać informacje dotyczące:
  - ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, w szczególności: przebytych chorób, chorób przewlekłych, pobyków w szpitalu, zabiegów lub operacji, szczepień i stosowanych surowic, uczuleń, obciążeń dziedzicznych – istotnych z punktu widzenia problemu zdrowotnego z jakim zgłasza się pacjent do USOR,
  - porad ambulatoryjnych, w szczególności: datę porady ambulatoryjnej, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi, oryginał lub kopie

badan diagnostycznych lub konsultacji lub ich opis, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy, inne informacje medyczne niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia badania lub konsultacji.

- pobytów w lecznictwie stacjonarnym, a w szczególności: okres pobytu, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, adnotacje o wykonanych zabiegach, w tym operacyjnych, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi, adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy, kartę informacyjną z pobytu.

#### **IV. Zasady sporządzania indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej.**

W USOR wewnętrzna, indywidualna dokumentacja medyczna jest sporządzana i utrwalana na informatycznych nośnikach informacji w systemie AMMS, a wydruki z systemu są przechowywane w indywidualnych teczkach.

1. Pacjentowi zgłaszającemu się po raz pierwszy do USOR zakładana jest karta pacjenta w systemie AMMS, system automatycznie nadaje kolejny numer kartoteki Poradni Ortopedycznej.
2. Pacjentowi hospitalizowanemu nadaje się numer kolejny historii leczenia stacjonarnego USOR.
3. Pacjent leczony w USOR posiada jedną HZiCh, w której przechowywane są wszystkie epizody lecznicze: ambulatoryjne i stacjonarne.
4. Na frontowej stronie HZiCh umieszczone są następujące informacje: numer HZiCh, nazwisko i imię pacjenta.
5. Wszystkie dane uzyskane z wywiadu, badania oraz przeprowadzonych procedur medycznych są wprowadzane do informatycznej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, a następnie wydrukowywane i po podpisaniu są przechowywane w archiwum USOR.
6. Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji medycznej, ma umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy i powinien zawierać co najmniej jego imię i nazwisko oraz PESEL.
7. Obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta spoczywa na personelu medycznym USOR, którego wspomagają rejestratorki i sekretarki medyczne.
8. Wpisów do systemu AMMS należy dokonywać zgodnie z obowiązującymi procedurami obsługi systemu w czasie rzeczywistym.
9. Dokumentacja medyczna prowadzona jest w USOR w formie elektronicznej. Dokumenty wymagające podpisu osób upoważnionych (personel medyczny / pacjent lub jego opiekun prawny) wymagają wydruku i podpisu.
10. Przed rozpoczęciem samodzielnego wprowadzania danych do AMMS, każdy lekarz musi przejść stosowne przeszkolenie.
11. Wymagane jest, aby każdy wpis był opatrzony identyfikatorem osób upoważnionych do udzielania świadczenia medycznego.
12. Każde zlecenie diagnostyczne i laboratoryjne powinno zostać odnotowane w systemie informatycznym i wysłane do właściwej jednostki organizacyjnej USOR, a zarazem wydrukowane, opatrzone podpisem zlecającego i przekazane do jednostki realizującej.
13. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna, w dokumentacji tej dokonuje się wpisu oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających identyfikację.

## **V. Indywidualna dokumentacja medyczna zewnętrzna.**

1. Indywidualna dokumentacja medyczna zewnętrzna to dokumenty pomocnicze przeznaczone dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób.
2. Prowadzona jest w postaci takich dokumentów jak: skierowania, zaświadczenia, opinie, orzeczenia, zlecenia, zawiadomienia, wezwania, karty informacyjne.

## **VI. Wymogi dodatkowe.**

1. Dokumenty medyczne w postaci skierowań (zewnętrznych i wewnętrznych) zostają włączone do indywidualnej dokumentacji pacjenta do epizodu leczniczego, którego dotyczą.
2. Do prowadzonej dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej danego pacjenta mogą być włączone posiadane przez pacjenta dokumenty medyczne indywidualne zewnętrzne lub tylko odnotowane zawarte w nich informacje.
3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy przy następnym wpisie określić datę i treść błędnie wprowadzonego wpisu. Dokument włączony do dokumentacji medycznej, nie może być z niej usunięty.
4. Dokumenty medyczne przedstawione przez pacjenta, wykonane w innych zakładach opieki zdrowotnej, są własnością pacjenta i lekarz nie może żądać włączenia ich oryginałów do dokumentacji medycznej USOR. Może natomiast wypożyczyć do wglądu oryginały dokumentacji medycznej z obcych zakładów opieki zdrowotnej.
5. Do prowadzonej dokumentacji medycznej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

## **VII. Zbiorcza dokumentacja medyczna.**

1. Zbiorcza dokumentacja medyczna zawiera:
  - oznaczenie podmiotu stosownie do zapisów pkt. III ust. 4 niniejszego Regulaminu,
  - numer kolejny wpisu w danym roku kalendarzowym,
  - datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta,
  - oznaczenie pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (nazwisko i imię, datę urodzenia, adres, nr PESEL a w jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),
  - oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu),
  - datę dokonania wpisu,
  - istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych (jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji).
2. Zbiorczą dokumentację medyczną stanowią również:
  - księga główna przyjęć i wypisów,
  - księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
  - księga chorych oddziału,
  - księga raportów lekarskich,
  - księga raportów pielęgniarskich,
  - księga zabiegów prowadzona dla gabinetu zabiegowego, zawierająca ewidencję i opis wykonanych zabiegów operacyjnych,
  - księga bloku operacyjnego,
  - księga laboratoryjna, zawierająca ewidencję przeprowadzonych prac laboratoryjnych.



- dokumentacja procesu sterylizacji.
  - księga pracowni diagnostycznej.
  - lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.
  - księga punktów pobrań
3. Zbiorcza dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie elektronicznej w systemie informatycznym AMMS.

#### **VIII. Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu na miejscu w USOR.**

1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na wniosek pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – osoby upoważnionej przez niego za życia do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, na miejscu w USOR.
2. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana do wglądu na wniosek pacjenta, którego dotyczy lub uprawnionej osoby fizycznej jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta.

#### **IX. Sporządzanie i udostępnianie odpisów, wydruków, wyciągów lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta dla uprawnionych osób fizycznych.**

1. USOR udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta za odpłatnością na podstawie wniosku.
2. Sporządzenia i udostępnienia odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta dla uprawnionych osób fizycznych dokonuje się w odpowiedzi na pisemny wniosek uprawnionej osoby fizycznej.
3. Pełną dokumentację medyczną udostępnia się również:
  - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
  - 3) 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;
  - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku prowadzonym postępowaniem;
  - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 7) podmiotom prowadzącym rejestry świadczeń medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 9) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
  - 10) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
  - 11) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U.2012. poz. 159).

w zakresie prowadzonego postępowania:

- 12) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy wymienionej w punkcie 11;
  - 13) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
  - 14) szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwisk i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
5. Pełną dokumentację udostępnia się uprawnionym organom i zakładom oraz osobom fizycznym w postaci wydruku lub kopii wykonanych z oryginałów dokumentacji - na ich pisemny wniosek z zaznaczeniem „pełnej dokumentacji”.
  6. Wykonane kopie dokumentacji medycznej wydaje Sekcja Organizacyjna USOR za potwierdzeniem odbioru na wniosku, lub sekretariat medyczny USOR zgodnie z informacjami zawartymi we wniosku (wysyłka za pobraniem lub odbiór osobisty).
  7. Za wykonanie kopii dokumentacji medycznej pobiera się opłatę w wysokości ustalonej przez Dyrektora USOR, na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.
  8. Szczegóły dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej reguluje instrukcja stanowiąca załącznik do niniejszego Regulaminu.

#### **X. Udostępnianie oryginałów dokumentacji medycznej.**

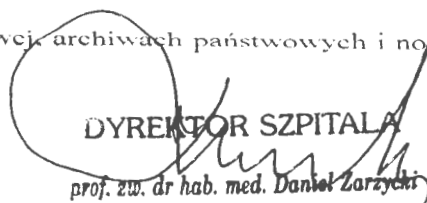
1. Na żądanie uprawnionych organów USOR udostępnia oryginały dokumentacji medycznej.
2. Przed wydaniem oryginału dokumentacji medycznej bezwzględnie należy sporządzić pełny odpis dla potrzeb USOR.
3. Oryginały dokumentacji udostępnia się uprawnionym organom na pisemny wniosek właściwego organu.
4. Decyzję o udostępnieniu oryginału dokumentacji medycznej podejmuje Dyrektor USOR lub Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Pracownik Sekretariatu Medycznego USOR wykonuje kopie dokumentacji, które pozostawia się w miejsce oryginałów dokumentacji medycznej.
6. Oryginały dokumentacji medycznej i wykonana kopia zostają trwale ponumerowane.
8. Oryginały dokumentacji udostępnia się za potwierdzeniem odbioru, które przechowuje się w teczce lub kopercie z indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta.

#### **XI. Przechowywanie dokumentacji medycznej.**

1. Tryb i zasady przechowywania dokumentacji medycznej zawarte są w niniejszym Regulaminie a także w normatywach kancelaryjno-archiwalnych.
2. Dokumentacja medyczna jest przechowywana w Archiwum USOR zgodnie z obowiązującymi przepisami resortowymi oraz archiwalnymi.
3. Terminy przechowywania dokumentacji medycznej określa pkt. I niniejszego Regulaminu.

#### **XII. Postanowienia końcowe.**

1. Przepisy Regulaminu nie naruszają odrębnych przepisów regulujących szczegółowe zasady sporządzania i prowadzenia dodatkowej dokumentacji medycznej w celach określonych w tych przepisach.
2. Regulamin nie narusza przepisów o statystyce państwowej, archiwach państwowych i normalizacji druków i formularzy.

DYREKTOR SZPITALA  
  
prof. zw. dr hab. med. Daniel Zarzycki