

**ZARZĄDZENIE NR 20/2019**  
**DYREKTORA UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA ORTOPEDYCZNO-**  
**REHABILITACYJNEGO W ZAKOPANEM**  
**Z DNIA 2 MAJA 2019 ROKU**

DOTYCZĄCE REGULAMINU SPORZĄDZANIA, PROWADZENIA, UDOSTĘPNIANIA ORAZ  
PRZEKAZYWANIA DO ARCHIWUM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§1

W związku z wejściem w życie przepisów art. 96 Ustawy z dnia 21.02.2019 r o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia 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), zmianie ulega treść regulaminu i instrukcji wprowadzonych zarządzeniem Dyrektora USOR nr 15/2016 z dnia 23.12.2016 r.

§2

Regulamin otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§3

Instrukcja otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 02.05.2019 r.

Uniwersytecki Szpital  
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem  
34-500 Zakopane, ul. Balzera 15  
tel. 18 20 142 97, fax 18 20 146 18  
NIP 736-14-59-982 REGON 000296377  
064/100016 00000018584/W-12

**DYREKTOR SZPITALA**  
  
prof. dr hab. med. Maciej Tešiorowski

Otrzymują:  
Sekretariat Główny  
Sekcja Statystyki Medycznej  
Sekcja Informatyki  
Archiwista USOR  
Intranet  
A/a

# Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem

Uniwersytecki Szpital  
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem  
34-500 Zakopane, ul. Balzera 15  
tel. 18 20 142 97, fax 18 20 146 18  
NIP 736-14-59-982 REGON 000296377  
064-100016 000000018584/W-12

## REGULAMIN

sporządzania, prowadzenia, udostępniania oraz przekazywania do archiwum  
dokumentacji medycznej

Zakopane, 2 maja 2019 roku

### Podstawę prawną niniejszego "Regulaminu" stanowią:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.),
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 z późn. zm.),
- Ustawa o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późn. zm.),
- 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 z późn. zm.).



**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.

Ilekróć 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.

**HCh** – należy przez to rozumieć Historię Zdrowia i Choroby pacjenta USOR.

**IP** – Izbę Przyjęć USOR.

**ARCHIWUM** – Archiwum dokumentacji medycznej USOR.

**Osobie uprawnionej** – rozumie się przez to przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez pacjenta upoważnioną, a po śmierci pacjenta obok osoby upoważnionej przez pacjenta za życia i osoby, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym również osobę bliską,

**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 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 HCh dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnionej przez pacjenta.
4. HCh ma zawierać nazwę podmiotu sporządzającego dokumentację w formie nadruku lub pieczęci z określeniem:
  - 1) nazwy podmiotu leczniczego: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem.
  - 2) numeru księgi rejestrowej RPWDL wraz z oznaczeniem organu rejestrowego: 000000018584/W-12.
  - 3) adresu podmiotu leczniczego: 34-500 Zakopane, ul. Balzera 15.
  - 4) nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.
  - 5) nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.
  - 6) numeru kontraktu z NFZ: 064/100016.
5. HCh 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. HCh 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 HCh winna zawierać informacje dotyczące:
  - 1) 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,
  - 2) 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 kopię badań 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.
  - 3) pobyków 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 HCh, w której przechowywane są wszystkie epizody lecznicze: ambulatoryjne i stacjonarne.
4. Na frontowej stronie HCh umieszczone są następujące informacje: numer HCh, 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 dokonać skreślenia błędu, określić datę, podać przyczynę

- i wprowadzić skorygowaną 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:
  - 1) oznaczenie podmiotu stosownie do zapisów pkt. III ust. 4 niniejszego Regulaminu,
  - 2) numer kolejny wpisu w danym roku kalendarzowym,
  - 3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta,
  - 4) oznaczenie pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (nazwisko i imię, datę urodzenia, adres, nr PESEL a w jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),
  - 5) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu),
  - 6) datę dokonania wpisu,
  - 7) istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych (jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji).
2. Zbiorczą dokumentację medyczną stanowią również:
  - 1) księga główna przyjęć i wypisów,
  - 2) księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
  - 3) księga chorych oddziału,
  - 4) księga raportów lekarskich,
  - 5) księga raportów pielęgniarских,
  - 6) księga zabiegów prowadzona dla gabinetu zabiegowego, zawierająca ewidencję i opis wykonanych zabiegów operacyjnych,
  - 7) księga bloku operacyjnego,
  - 8) księga laboratoryjna, zawierająca ewidencję przeprowadzonych prac laboratoryjnych,
  - 9) dokumentacja procesu sterylizacji,
  - 10) księga pracowni diagnostycznej,
  - 11) lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
  - 12) 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, lub osoby uprawnionej na miejscu w USOR.
2. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana do wglądu na wniosek pacjenta, którego dotyczy lub osoby uprawnionej jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta.



## **IX. Sporządzanie i udostępnianie odpisów, wydruków, wyciągów lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów**

1. USOR sporządza i udostępnia odpisy, wyciągi lub kopie dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie uprawnionej na podstawie wniosku.
2. 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, 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 nadzoru i kontroli;
  - 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) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
  - 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 i 1515);
  - 6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz.U. poz. 447);
  - 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
  - 13) 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 ich przeprowadzenia;
  - 14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 15) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
  - 16) 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;
  - 17) 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 (Dz.U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.





3. Pełną dokumentację udostępnia się pacjentowi, osobom uprawnionym oraz uprawnionym organom i zakładom w postaci wydruku lub kopii wykonanych z oryginałów dokumentacji – na ich pisemny wniosek z zaznaczeniem „pełnej dokumentacji”.
4. Wykonane kopie dokumentacji medycznej wydaje Sekcja Statystyki Medycznej USOR za potwierdzeniem odbioru na wniosku, lub Sekretariat Główny USOR zgodnie z informacjami zawartymi we wniosku (wysyłka za pobraniem lub odbiór osobisty).
5. 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.
6. Opłaty, o której mowa w ust. 5, nie pobiera się w przypadku udostępniania:
  - 1) dokumentacji wytworzonej po dniu 03.05.2019 r., pacjentowi lub osobie uprawnionej po raz pierwszy w żądanym zakresie,
  - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz
  - 3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
7. 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 Głównego 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. dr hab. med. Maciej Tesiorowski

## 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 Głównego* – odpowiada 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 Statystyki Medycznej* – odpowiadają 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 wydawanie dokumentacji medycznej.

*Pracownik Archiwum* – odpowiada 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 pacjentom, osobom uprawnionym oraz uprawnionym organom i zakładom 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 (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) 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 z późn. zm.):
  - 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) złożonego osobiście w Sekcji Statystyki Medycznej USOR, przesłanego drogą pocztową na adres: *USOR, ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane*, lub mailowo: *sekretariat@klinika.net.pl*
- 4) Wnioskujący osobiście przy składaniu wniosku okazuje dokument tożsamości.
- 5) Wnioskujący drogą pocztową / mailową zobowiązany jest dołączyć do wniosku ksero / skan obu stron dowodu osobistego (ksero / skan winno być przekreślone).
- 6) W przypadku, gdy wnioskującym jest osoba fizyczna działająca na podstawie pełnomocnictwa, do wniosku należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa (wyklucza się kserokopię lub skan dokumentu).
- 7) W przypadku, gdy wnioskującym jest osoba prawna działająca na podstawie pełnomocnictwa, do wniosku należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa (chyba, że przepisy szczególne dopuszczają złożenie kopii pisemnej zgody pacjenta) 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.
- 8) Wniosek składany przez zakład ubezpieczeń podpisuje lekarz (wyklucza się podpis w formie faksymile) załączając stosowne upoważnienie udzielone mu przez osoby uprawnione do działania w imieniu zakładu ubezpieczeń (dopuszcza się uwierzytelnione kserokopie lub skany oryginalnych pełnomocnictw) a także załączając inne dokumenty przewidziane w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz NFZ.
- 9) Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, można pobrać w Sekcji Statystyki Medycznej. Zamieszczony jest również na stronie internetowej USOR: [www.klinika.net.pl](http://www.klinika.net.pl)
- 10) Kopię dokumentacji medycznej wykonuje pracownik Sekretariatu Głównego. Kserokopie pieczętowane są za zgodność z oryginałem, pieczęcią USOR, datownikiem i podpisywane przez osobę wykonującą kopię.
- 11) Wniosek zostaje włączony do indywidualnej dokumentacji pacjenta.

### **Miejsce składania wniosków**

Wnioski można składać:

- 1) Osobiście w Sekcji Statystyki Medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach 8:30 do 13:30;
- 2) Drogą pocztową / mailową na adres: USOR, ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane; [sekretariat@klinika.net.pl](mailto:sekretariat@klinika.net.pl)

### **Miejsce odbioru dokumentacji medycznej**

- 1) Odbiór osobisty w dniu złożenia wniosku w Sekcji Statystyki Medycznej w dni robocze w godzinach 8:30 – 13:30.
- 2) Odbiór osobisty kserokopii dokumentacji medycznej wnioskowanej listownie w Sekcji Statystyki Medycznej w ustalonym terminie.
- 3) Po odbiór sporządzonych kopii, odpisów dokumentacji medycznej winien zgłosić się wnioskodawca osobiście lub osoba przez niego upoważniona we wniosku.
- 4) Fakt odebrania dokumentacji osoba odbierająca potwierdza czytelnym podpisem.
- 5) Wydanie dokumentacji osobie wnioskującej następuje po wniesieniu opłaty.
- 6) Za wykonanie kopii dokumentacji medycznej pobiera się opłatę w wysokości ustalonej przez Dyrektora USOR, w oparciu o zapisy „Regulaminu sporządzania, prowadzenia,





udostępniania oraz przekazywania do archiwum dokumentacji medycznej” obowiązującego w USOR.

- 7) W przypadku, gdy pacjent występuje z wnioskiem o wysłanie wykonanej kopii drogą pocztową, wysłanie przedmiotowej kopii następuje w formie listu poleconego za pobraniem pocztowym (koszt pobrania według aktualnego cennika Poczty Polskiej S.A.).
- 8) Informacja o fakcie wydania kopii dokumentacji medycznej oraz zakresie wydania zostaje odnotowana: w rejestrze prowadzonym przez pracownika Sekretariatu Głównego.
- 9) Wniosek zostaje dołączony do HCh pacjenta.
- 10) Odmowa wydania dokumentacji medycznej powinna być sporządzona w formie pisemnej z podaniem powodów, dla których odmówiono jej wydania.

#### **Udostępnianie oryginałów dokumentacji medycznej podmiotom zewnętrznym**

- 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 za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
- 4) Decyzję o udostępnieniu oryginału dokumentacji medycznej podejmuje Dyrektor USOR.
- 5) Pracownik Sekretariatu Głównego USOR wykonuje kopie dokumentacji potwierdzone za zgodność z oryginałem, które pozostają w miejsce oryginałów dokumentacji medycznej, wraz kopią wniosku o udostępnienie oryginału dokumentacji.
- 6) Oryginały dokumentacji medycznej i wykonana kopia zostają trwale ponumerowane.
- 7) Oryginał dokumentacji medycznej wydawany jest z Archiwum. Pracownik Archiwum prowadzi rejestr wydanych oryginałów dokumentacji medycznej.
- 8) Zwrot oryginałów dokumentacji medycznej do Archiwum dokonuje się również za pisemnym potwierdzeniem.

#### **5. Załącznik**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej.

#### **6. Dokumenty powiązane**

Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej.

**DYREKTOR SZPITALA**  
  
**prof. dr hab. med. Maciej Tešiorowski**



**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 WYŚLAĆ NA WW. 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.

.....  
czytany podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....

.....  
czytany podpis odbierającego