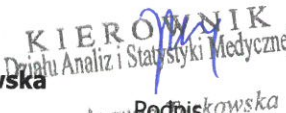
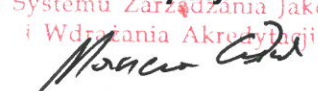
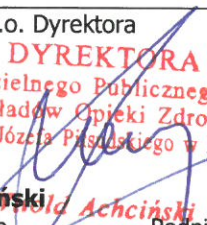


	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 1 z 7

ORYGINAŁ

Opracował: Kierownik Działu Analizy i Statystyki Medycznej  Joanna Turkowska Nazwisko i imię Podpis	Sprawdził: Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością i Wdrażania akredytacji  Marzena Car-Dul Nazwisko i imię Podpis	Zatwierdził: p.o. Dyrektora p.o. DYREKTORA Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku  Witold Achciński Nazwisko i imię Podpis
--	--	---

I. Cel

Ustalenie jednolitego sposobu udostępniania dokumentacji medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płońsku pacjentowi, jego przedstawicielom ustawowym, osobom upoważnionym przez pacjenta oraz innym podmiotom i organom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

II. Przedmiot i zakres stosowania

Instrukcja obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych, w których dokumentacja medyczna powstaje i/lub jest przechowywana.

III. Definicje i terminologia

- Osoba upoważniona – osoba, która posiada upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta opatrzone jego podpisem.
- Organy i podmioty uprawnione – organy i podmioty uprawnione na podstawie ustawy do udostępnienia im dokumentacji medycznej:
 - podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratury, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - uprawnione na mocy odrębnych przepisów prawa organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - lekarze, pielęgniarki lub położne, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
- Dokumentacja medyczna może być udostępniona szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

IV. Odpowiedzialność i uprawnienia

- Dyrektor – za zatwierdzenie niniejszej instrukcji, a także za wydawanie zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz SPZZOZ.
- Zastępca Dyrektora ds. medycznych – za nadzorowanie przestrzegania, stosowania niniejszej instrukcji oraz za wydawanie zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz SPZZOZ.
- Kierownicy komórek organizacyjnych, w których dokumentacja medyczna powstaje, jest przechowywana – za wdrożenie i przestrzeganie stosowania w podległej komórce organizacyjnej niniejszej instrukcji, za decydowanie o udostępnieniu dokumentacji medycznej wewnętrznej na zewnątrz innym zakładom, pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta lub lekarzowi, w przypadkach, gdy jest ona niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
- Lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem – za udostępnianie dokumentacji medycznej na miejscu pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez niego upoważnionej oraz za decydowanie o udostępnieniu dokumentacji medycznej

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 2 z 7

wewnętrznej na zewnątrz innym zakładom lub lekarzowi, w przypadkach, gdy jest ona niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

5. Kierownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej – za przestrzeganie zasad udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z niniejszą instrukcją i powszechnie obowiązującymi przepisami.
6. Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i Ambulatorium Ogólnego za nadzorowanie przestrzegania, stosowania niniejszej instrukcji oraz za wydanie zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej indywidualnej pacjenta powstałej w Zespole Poradni Specjalistycznych i Ambulatorium Ogólnym na zewnątrz SPZZOZ pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta.
7. Upoważniony pracownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i Ambulatorium Ogólnym za udostępnianie indywidualnej dokumentacji medycznej powstającej w poradniach na podstawie wniosku pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta.
8. Pracownik Składnicy Akt (Archiwum) – za prawidłowe udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywanej w Składnicy Akt (Archiwum) na podstawie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z niniejszą instrukcją i powszechnie obowiązującymi przepisami. Udostępnianie indywidualnej dokumentacji medycznej powstającej w poradniach na podstawie wniosków organów i podmiotów uprawnionych (punkt 3.2., 3.3.). Przygotowywanie odpowiedzi na pisemne wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej.

V. Opis postępowania

1. **Zasady udostępniania dokumentacji medycznej**
 - a) Pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy za okazaniem dowodu tożsamości np. dowód osobisty, paszport.
 - b) Przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu:
 - rodzicom, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat, za okazaniem swojego dokumentu tożsamości,
 - opiekunom ustanowionym przez sąd, za okazaniem stosownego orzeczenia (opieka nad małoletnim, opieka nad niepełnosprawnym lub ubezwłasnowolnionym, kurator itp.) oraz dowodu tożsamości.
 - c) Osobie upoważnionej przez pacjenta w dokumentacji medycznej, za okazaniem dowodu tożsamości np. dowód osobisty, paszport.
 - d) Osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie odrębnego pełnomocnictwa (upoważnienia) z podpisem notarialnie poświadczonym lub podpisanego w obecności pracownika, który poświadcza fakt złożenia podpisu przez upoważniającego.
 - e) Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia
 - f) Wydanie kopii dokumentacji medycznej nastąpi bez zbędnej zwłoki. Odbiór kopii dokumentacji medycznej oraz jej ilości pacjent lub osoba upoważniona potwierdza podpisem i datą odbioru
 - g) Dokumentację medyczną udostępnia się poprzez:
 - wgląd w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
 - sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii
 - wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem zwrotu.
 - h) W razie wydania oryginałów dokumentacji pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
 - i) Koszty udostępnienia dokumentacji pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta oraz organom lub podmiotom uprawnionym, ponoszą te osoby, organy lub podmioty. Prawo do nieodpłatnego korzystania z dokumentacji SPZZOZ w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych ma Zakład Ubezpieczeń Społecznych, KRUS.
 - j) Maksymalna wysokość opłaty za wydanie dokumentacji medycznej za:
 - jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 3 z 7

- jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1);
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).

k) opłaty, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

- pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie
- w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,

l) Jeśli strona dokumentacji medycznej udostępnianej w formie kopii jest potwierdzana podpisem i imienną pieczęcią za zgodność z oryginałem, potwierdzenia za zgodność kopii dokumentacji medycznej z oryginałem dokonują w imieniu SPZZOZ osoby zajmujące następujące stanowiska:

- Dyrektor, Zastępca dyrektora ds. medycznych, Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i Ambulatorium Ogólnego, ordynator/kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumentacja medyczna jest przechowywana, lekarz prowadzący pacjenta lub pielęgniarka koordynująca pracę innych pielęgniarek i położnych – w przypadku, gdy dokumentacja medyczna jest przechowywana w jednostce/komórce organizacyjnej działalności podstawowej,
- Kierownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej, na podstawie upoważnienia Zastępcy Kierownika DAS lub pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej posiadający upoważnienie Dyrektora SPZZOZ.

2. Udostępnianie dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji

- a) W trakcie pobytu pacjenta w szpitalu pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta, za pośrednictwem lekarza prowadzącego, na miejscu w SPZZOZ.
- b) Dokumentacja medyczna niezakończona w związku z trwającą hospitalizacją pacjenta jest udostępniana na wniosek pacjenta, osoby upoważnionej przez niego, przedstawiciela ustawowego, organów i podmiotów uprawnionych.

3. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta

- a) Dokumentację indywidualną pacjenta udostępnia się na wniosek: pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
- b) Dokumentację zbiorczą udostępnia się na wniosek: pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta - osoby przez niego upoważnionej za życia, przy czym prawo wglądu dotyczy jedynie wpisów dotyczących pacjenta.
- c) W przypadku ubiegania się o sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta przez osobę uprawnioną zgodnie z podpunktem 5.3.1. do uzyskania dokumentacji medycznej, wnioskodawca składa wypełniony wniosek „**Wniosek o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii dokumentacji medycznej**”, którego wzór stanowi **Formularz F-I/ZI/01**.
- d) Możliwe jest również złożenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie ustnej np. przez telefon. Wnioskodawca podaje dane identyfikacyjne umożliwiające odebranie żądanej dokumentacji medycznej, a przy odbiorze dokumentacji medycznej wypełnia właściwy wniosek pisemny.
- e) W przypadku złożenia do Dyrektora lub kierownika właściwej komórki organizacyjnej, w której pacjent się leczył, pisemnego wniosku o sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej przez osobę uprawnioną zgodnie z podpunktem 5.3.1., pracownik SPZZOZ przyjmuje wniosek i sprawdza, czy złożony wniosek jest kompletny.
- f) Gdy wniosek nie odpowiada wymogom określonym w podpunkcie 5.3.3., osoba uprawniona do uzyskania dokumentacji medycznej jest wzywana do jego uzupełnienia.
- g) Uprawniony pracownik sporządza kopię dokumentacji medycznej na podstawie prawidłowo złożonego wniosku, o którym mowa w podpunkcie 5.3.3.

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 4 z 7

- h) Wniosek o sporządzenie odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej pacjenta jest przekazywany przez pracownika Działu Analiz i Statystyki Medycznej właściwemu kierownikowi komórki organizacyjnej, w której dokumentacja medyczna powstała lub osobie przez niego upoważnionej. Po sporządzeniu odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej odbiera odpis lub wyciąg i wydaje go wnioskodawcy.
- i) Wydanie odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej w przypadku, o którym mowa w podpunkcie 5.3.3., następuje po dokonaniu zapłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej we wnioskowanej formie i okazaniu przez odbierającego dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz:
- postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekuna chyba, że ubezwłasnowolniony całkowicie pozostaje jeszcze pod władzą rodzicielską lub kuratora – w przypadku, gdy pacjentem była osoba ubezwłasnowolniona częściowo, aktu urodzenia lub innego dokumentu urzędowego potwierdzającego uprawnienie wnioskodawcy do reprezentowania osoby małoletniej – w przypadku, gdy pacjentem była osoba małoletnia,
 - postanowienia sądu opiekuńczego o przysposobieniu – w przypadku, gdy pacjentem była osoba małoletnia przysposobiona,
 - pisemnego upoważnienia chyba, że pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu wskazanej osoby do uzyskiwania dokumentacji jest zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta,
 - sporządzonego za życia pisemnego upoważnienia chyba, że pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu wskazanej osoby do uzyskiwania dokumentacji jest zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta.
- j) Wydanie odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej sporządzonych na podstawie pisemnego wniosku następuje po spełnieniu wymogów określonych w podpunkcie 5.3.4. listem poleconym za pokwitowaniem odbioru, za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany przez pacjenta lub podmiot upoważniony, chyba że wnioskodawca zastrzegł odbiór osobisty.
- k) Dział Analiz i Statystyki Medycznej prowadzi **„Rejestr wniosków o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii dokumentacji medycznej przechowywanej w Składnicy Akt (Archiwum SPZZOZ).**
- 4. Udostępnianie zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób na rzecz których, ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia**
- a) Zakład ubezpieczeń posiadający pisemne upoważnienie pacjenta uzyskuje odpłatnie od SPZZOZ, w którym udzielano świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie na rzecz, której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczonego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- b) Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w podpunkcie 5.4.1 występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.
- c) Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz, której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego.
- d) Informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby na rzecz, której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia obejmują w szczególności:
- informacje na temat przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych, informacje o wynikach badań diagnostycznych, w tym sekcji zwłok, czynnościach leczniczych, zabiegach, wyniku leczenia i rokowaniach,
 - informacje na temat przyczyn leczenia ambulatoryjnego oraz wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników,
 - informacje wynikające z przeprowadzonych konsultacji.
- e) Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia powinny zawierać kod jednostki chorobowej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.
- f) Wystąpienie zakładu ubezpieczeń do Zespołu o przekazanie informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia powinno zawierać:

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 5 z 7

- oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, a także numer NIP, numer wpisu do rejestru sądowego,
- podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji,
- informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o osobie, w szczególności:
 - imię (imiona) i nazwisko,
 - datę urodzenia,
 - adres zamieszkania oraz jeżeli zakład ubezpieczeń posiada,
 - numer identyfikacyjny PESEL,
 - serię i numer dokumentu tożsamości,
- g) oświadczenie o posiadaniu pisemnej zgody osoby albo jej przedstawiciela ustawowego, o której mowa w punkcie 5.4.3.

5. Wydawanie indywidualnej dokumentacji medycznej zewnętrznej w formie zaświadczeń, orzeczeń

- a) Dokumentacja indywidualna zewnętrzna sporządzana w formie zaświadczeń, orzeczeń, zawiera:
 - oznaczenie podmiotu,
 - oznaczenie pacjenta,
 - oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych,
 - datę dokonania wpisu,
 - informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji,
 - inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.
- b) W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.
- c) Zaświadczenia, orzeczenia są sporządzane przez lekarza prowadzącego, na wniosek pacjenta, osoby przez niego upoważnionej lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, na koszt wnioskodawcy.
- d) Zaświadczenia, orzeczenia są sporządzane przez lekarza prowadzącego na wniosek uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów organów i instytucji.
- e) Wnioskodawca jest zwolniony z opłat za sporządzenie zaświadczenia, orzeczenia w przypadku, o gdy wydanie dokumentacji jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli dokumentacja jest wydawana dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

6. Udostępnianie dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum) w ramach SPZZOZ, jeżeli jest ona niezbędna dla zachowania ciągłości świadczeń zdrowotnych i w innych celach medycznych

- a) Dokumentacja medyczna przechowywana w Składnicy Akt (Archiwum) SPZZOZ może być udostępniona jego komórkom organizacyjnym, jeżeli jest ona niezbędna dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi oraz w innych celach medycznych (np. statystyka medyczna, rozliczanie świadczeń zdrowotnych, kontrola właściwych do spraw zdrowia organów państwowych, itp.).
- b) Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na pisemny wniosek lekarza lub innej osoby uprawnionej do udostępnienia dokumentacji medycznej składany pracownikowi Działu Analiz i Statystyki Medycznej zgodnie ze wzorem „**Karta udostępnienia dokumentacji medycznej z Składnicy Akt (Archiwum) SPZZOZ dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych lub w innych celach medycznych**”, który stanowi **Formularz F-I/ZI/02**.
- c) Zwrot dokumentacji medycznej udostępnionej do oddziału w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych następuje w ciągu trzech dni od dnia wypisu pacjenta ze szpitala po kolejnej hospitalizacji pacjenta. Udostępniona dokumentacja medyczna z poprzednich pobyków pacjenta w szpitalu jest zwracana z pierwotnie nadanym numerem Księgi Głównej przyjęć i wypisów. Zabrania się łączenia udostępnionej dokumentacji medycznej z historią choroby z ostatniego pobytu pacjenta w szpitalu.

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 6 z 7

- d) Zwrot dokumentacji medycznej udostępnionej do poradni w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych następuje najpóźniej w ciągu trzech dni po udzieleniu porady. Udostępniona poradni dokumentacja medyczna z pobytów pacjenta w szpitalu nie może być dołączana do ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby. Do ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby można dołączać kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych przedstawionych przez pacjenta oraz adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub osoby uprawnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
 - e) Lekarz oraz inna osoba, której udostępniono dokumentację, ponosi pełną odpowiedzialność za dokumentację i jej zwrot w terminie oraz zapewnia zachowanie poufności i ochronę danych osobowych pacjenta, którego dokumentacja dotyczy.
 - f) W miejscu udostępnionej dokumentacji medycznej umieszcza się zakładkę z adnotacją o osobie uprawnionej, której dokumentacja została udostępniona oraz z oznaczeniem terminu zwrotu.
 - g) Zwrot dokumentacji medycznej udostępnionej w innych celach medycznych powinien nastąpić niezwłocznie po jej wykorzystaniu, nie później niż w ciągu miesiąca. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna może być udostępniona na okres do trzech miesięcy.
 - h) Potwierdzenia zwrotu dokumentacji medycznej dokonuje pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej w obecności, której dokumentację udostępniono po sprawdzeniu jej kompletności.
 - i) W przypadku stwierdzenia uszkodzeń lub braków w zwracanej dokumentacji medycznej pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej sporządza protokół, w którym opisuje uszkodzenia lub sporządza wykaz brakujących dokumentów. Protokół podpisuje pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej i osoba, której dokumentację udostępniono. Protokół sporządza się w 3 egzemplarzach. Jeden egzemplarz umieszcza się w miejsce brakującej dokumentacji, drugi jest przechowywany w odrębnej teczce prowadzonej przez Dział Analiz i Statystyki Medycznej, trzeci przekazuje się lub osobie, której dokumentację udostępniono w celu wyjaśnienia okoliczności utraty lub uszkodzenia dokumentacji medycznej.
 - j) Pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej prowadzi **„Rejestr udostępniania dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum) SPZZOZ dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych lub w innych celach medycznych”** do celów, o których mowa w podpunkcie a).
- 7. Udostępnianie dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum), jeżeli jest ona niezbędna dla praktycznej nauki zawodów medycznych lub dla celów naukowych**
- a) Dokumentacja medyczna przechowywana w Archiwum może być udostępniona na pisemny wniosek lekarza lub innej osoby uprawnionej świadczących pracę w Zespole potwierdzony przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumentacja medyczna powstała, gdy jest ona niezbędna do praktycznej nauki zawodów medycznych lub dla celów naukowych.
 - b) Wniosek, o którym mowa w podpunkcie a) zawiera uzasadnienie oraz wskazanie do jakich celów dokumentacja będzie wykorzystana.
 - c) Udostępnienie dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum) następuje na podstawie **„Karty udostępniania dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum) dla lekarzy świadczących pracę w SPZZOZ, jeżeli jest ona niezbędna dla nauki zawodów medycznych lub celów naukowych”**, której wzór stanowi **Formularz F-I/ZI/03**.
 - d) Kartę udostępnienia dokumentacji medycznej przekazuje się pracownikowi DAS.
 - e) Lekarz lub inna osoba uprawniona, której udostępniono dokumentację medyczną ponosi pełną odpowiedzialność za dokumentację i jej zwrot w terminie oraz zapewnia zachowanie poufności i ochronę danych osobowych pacjenta, którego dokumentacja dotyczy.
 - f) Lekarz lub inna osoba uprawniona, której dokumentacja medyczna została udostępniona korzysta z niej i przechowuje na terenie SPZZOZ. Nadzór nad prawidłowym

	Instrukcja	I/ZI/1
	UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie nr 4 z dnia 26.06.2023
		Strona 7 z 7

wykorzystaniem dokumentacji medycznej sprawuje kierownik komórki organizacyjnej, do której dokumentacja została wypożyczona.

- g) W miejscu udostępnionej dokumentacji medycznej umieszcza się zakładkę z adnotacją o osobie, której dokumentacja została udostępniona oraz z oznaczeniem terminu zwrotu. Zwrot dokumentacji medycznej powinien nastąpić niezwłocznie po jej wykorzystaniu, nie później niż w ciągu miesiąca. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna może być udostępniona na okres do trzech miesięcy.
- h) Potwierdzenia zwrotu dokumentacji medycznej dokonuje pracownik Działu Analiz i Statystyki Medycznej w obecności lekarza lub innej osoby uprawnionej, której dokumentację udostępniono po sprawdzeniu jej kompletności.
- i) W przypadku stwierdzenia uszkodzeń lub braków w zwracanej dokumentacji medycznej postępujemy jak w punkcie 6 lit.i).
- j) Dział Analiz i Statystyki Medycznej prowadzi **„Rejestr udostępniania dokumentacji medycznej ze Składnicy Akt (Archiwum) dla lekarzy świadczących pracę w SPZZOZ, jeżeli jest ona niezbędna dla nauki zawodów medycznych lub celów naukowych”**.
- k) Dokumentacja medyczna przechowywana w Składnicy Akt (Archiwum) SPZZOZ może być udostępniona osobie, która nie świadczy pracy w SPZZOZ, na podstawie pisemnego wniosku szkoły wyższej lub jednostki badawczo – rozwojowej o udostępnienie dokumentacji medycznej. Wniosek zawiera zastrzeżenie, że dokumentacja medyczna jest niezbędna do praktycznej nauki zawodów medycznych lub dla celów naukowych.
- l) Wniosek, o którym mowa w podpunkcie k). składa się do Dyrektora, który podejmuje decyzję o udostępnieniu dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w formie kopii, wyciągu lub odpisu bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy. Koszty udostępnienia dokumentacji ponosi osoba wskazana we wniosku szkoły wyższej lub jednostki badawczo – rozwojowej o udostępnienie dokumentacji medycznej.

8. Zapisy

- **Formularz F-I/ZI/01** – Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- **Formularz F-I/ZI/02** – Wniosek o wypożyczenie oryginału archiwalnej dokumentacji medycznej komórkom wewnętrznym
- **Formularz F-I/ZI/03** - Wniosek o wypożyczenie zdjęć rtg

9. Dokumenty związane

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

