

WAŻNE INFORMACJE DLA PACJENTA -WYCIĄG Z REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO

§ 5

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO INFORMACJE OGÓLNE

Centrum Medycyny i Rehabilitacji ARTKINEZIS sp. z o. o. sp. k. udziela świadczeń ambulatoryjnie:

- w Pęcicach w dni powszednie w godzinach: 7.00 do 21.00
- w Żyrardowie w dni powszednie w godzinach: 7:00 do 21:00.

Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych przyjmowani są zgodnie z harmonogramem pracy Przychodni zgłoszonym i zaakceptowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia – **załącznik nr 5** do Regulaminu

1. Zakres udzielanych świadczeń :

- a) Świadczenia komercyjne - zakresy udzielania świadczeń oraz ceny określone są na tablicach informacyjnych w siedzibie placówek oraz na stronie internetowej www.artkinezis.pl.
- b) Świadczenia refundowane w ramach zawartych umów z MONFZ w rodzaju:
 - Rehabilitacja lecznicza – świadczenia lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji w oddziale dziennym dla dorosłych, rehabilitacji w oddziale dziennym dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.
 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie okulistyki.
 - Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia lekarza POZ dla pacjentów, którzy złożą deklarację wyboru lekarza POZ – zgodną ze wzorem określonym w **załączniku nr 6**.

3. Ogólne zasady udzielania świadczeń ambulatoryjnych:

- a) świadczenia medyczne udzielane są zgodnie z wymogami określonymi w aktach prawnych, przez:
 - lekarzy specjalistów bezpośrednio lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, w formie teleporady,
 - inny personel medyczny w zakresie reprezentowanych specjalności medycznych, bezpośrednio lub w formie teleporady,
- c) badania lekarskie przeprowadzone są zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania,
- d) udzielenie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych,

- e) ordynowanie właściwych leków i zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
- f) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe oraz rehabilitację leczniczą,
- g) orzekanie o stanie zdrowia w zakresie ustalonym w ustawie,
- h) wystawianie zwolnień, zaświadczeń o niezdolności do pracy,
- i) niezbędną edukację i promocję zdrowia,
- j) przekazywanie pisemnej informacji do lekarzy kierujących z określeniem, o objęciu pacjenta opieką specjalistyczną lub zakończeniu leczenia,
- k) lekarz w czasie teleporady ze względu na stan zdrowia pacjenta może go skierować na wizytę bezpośrednią do poradni oraz na niezbędne badania diagnostyczne, na podstawie wystawionych w czasie porady w poradni lub teleporady e-skierowań,
- l) wizyta fizjoterapeutyczna jest przeprowadzana bezpośrednio lub w formie teleporady, przez uprawnionego fizjoterapeutę podczas, której dokonuje on oceny stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii, wykonuje badania czynnościowe narządu ruchu lub inne badania konieczne do ustalenia planu rehabilitacji, dokonuje oceny końcowej oraz udziela zaleceń do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego,
- m) fizjoterapeuta prowadzi dokumentację, zgodnie z określonymi wymogami.

§ 6

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE LECZNICTWA AMBULATORIJNEGO INFORMACJE DLA PACJENTA

- 1) Informacje o godzinach pracy poradni można uzyskać telefonicznie, na stronie internetowej, lub bezpośrednio w rejestracji.
- 2) Numery telefonów są dostępne na stronie internetowej Artkinezis www.artkinezis.pl.
- 3) Informacje o świadczeniach, personelu udzielającym świadczeń oraz harmonogramach pracy w Centrum Medycyny i Rehabilitacji Artkinezis dostępne są na stronie internetowej www.artkinezis.pl oraz na tablicach informacyjnych w holu przychodni.
- 4) Pacjent każdorazowo jest zobowiązany do okazania aktualnego dokumentu tożsamości ze zdjęciem w celu potwierdzenia tożsamości osoby, jej numeru PESEL i danych osobowych, w przypadku dzieci opiekun musi okazać książeczkę zdrowia dziecka lub legitymację szkolną.
- 5) Pacjent ma obowiązek przedstawić dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe w przypadku ich posiadania.
- 6) Pacjent zgłaszający się do lekarza na wizytę pierwszorazową zobowiązany jest do przedłożenia posiadanej dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia. Po weryfi-

kacji tej dokumentacji przez lekarza zostaje ona zeskanowana i dołączona do dokumentacji medycznej jako załącznik.

7) Każdy pierwszorazowy pacjent, zgłaszający się do lekarza POZ, musi mieć wykonany pomiar RR i tętna oraz wzrostu i masy ciała dodatkowo może mieć wykonane badanie EKG (zależnie od decyzji lekarza).

8) Pacjent zgłaszający się do poradni specjalistycznej lub na fizjoterapię w ramach świadczeń refundowanych, przyjmowany jest na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątek stanowią pacjenci posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy do poradni specjalistycznych w ramach umowy AOS mają prawo być przyjęci bez skierowania – poza poradnią rehabilitacyjną.

9) Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście bądź przez członków rodziny, czy też osoby trzecie. Można jej dokonać bezpośrednio w rejestracji, telefonicznie oraz on-line za pomocą strony internetowej www.artkinezis.pl - ta forma zapisu wymaga dalszego potwierdzenia przez personel placówki. W dniu zapisu pacjent otrzymuje zwrotną informację - dzień i godzinę wizyty. W przypadku zapisów on-line ostatecznym potwierdzeniem terminu wizyty i wpisaniem Pacjenta na listę oczekujących jest potwierdzenie zapisu przez pracownika rejestracji Przychodni z podaniem terminu wizyty.

10) W przypadku braku możliwości zapisu pacjenta na świadczenie w dniu zgłoszenia, pacjenci umieszczani są w kolejce oczekujących, zgodnie z obowiązującymi zasadami.

11) Pacjenci, którzy posiadają zaświadczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności korzystają z rehabilitacji poza kolejnością, wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.

12) Pacjent, pierwszorazowy, który rejestruje się na wizytę do poradni specjalistycznej lub na zabiegi fizjoterapeutyczne ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

13) W przypadku skierowania pacjenta na poszczególne zabiegi w ramach ubezpieczenia powszechnego wymagane jest skierowanie na cykl zabiegów zawierające pieczęć nagłówkową z numerem umowy z NFZ, imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL (w przypadku braku nr dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania, rozpoznanie w języku polskim, kod jednostki chorobowej wg ICD10, choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne.

14) W przypadku skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego specjalistą w dziedzinie rehabilitacji, skierowanie może zawierać zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne, okolicę ciała oraz liczbę zabiegów.

15) Każdy pacjent przed rozpoczęciem fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej w terminie do 14 dni przed lub w dniu rozpoczęcia oraz dodatkowo w dniu zakończenia cyklu zabiegów odbywa wizytę fizjoterapeutyczną bezpośrednią lub w formie teleporady. Podczas wizyty wstępnej fizjoterapeuta ocenia stan zdrowia przed zabiegami i ustala plan leczenia, podczas wizyty końcowej fizjoterapeuta dokonuje oceny końcowej efektu zabiegów i wydaje informację do lekarza kierującego.

16) Skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną traci ważność w przypadku gdy nie zostało zarejestrowane w pracowni fizjoterapeutycznej w terminie 30 dni od daty wystawienia.

17) Jeżeli stan zdrowia pacjenta wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym schorzeniem kolejne wizyty u lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania w terminie 4-6 miesięcy po skończonym cyklu zabiegów lub rehabilitacji w oddziale dziennym lub zgodnie ze wskazaniem lekarza.

18) Gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego.

19) Podczas cyklu zabiegowego w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej oraz oddziału dziennego pacjent nie może korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych w innej placówce w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

20) O długości cyklu zabiegowego decyduje lekarz lub terapeuta wykonujący wizytę fizjoterapeutyczną, jednak cykl zabiegowy nie może być dłuższy niż 10 dni zabiegowych.

21) Podczas wypadających dni ustawowo wolnych od pracy lub świąt jednodniowych nie ma możliwości odbioru zabiegów w innym terminie.

22) Pacjenci zgłaszają się na wizyty lekarskie lub rehabilitację o wyznaczonej godzinie. Nie ma możliwości wykonania zabiegów o innej godzinie ze względu na ustalony sposób organizacji pracy w placówce.

23) Pacjent, który nie zgłasza się na poradę fizjoterapeutyczną lub zabiegi w pierwszym dniu cyklu zostaje wykreślony z harmonogramu, jeśli po trzykrotnym kontakcie telefonicznym w odstępach 5 minut, nie zostaje nawiązany skuteczny kontakt telefoniczny i podanie przyczyny nieobecności.

24) Pacjent, który nie zgłasza się na zabiegi w kolejnych ustalonych dniach, bez uprzedniego poinformowania o nieobecności zostaje wykreślony z cyklu zabiegów, dalsze korzystanie z zabiegów wymaga ustalenia nowego terminu porady fizjoterapeutycznej lub terminu zabiegów. Kontynuowanie zabiegów w tym samym cyklu możliwe jest tylko wówczas, gdy pacjent poinformuje o nieobecności – dzień nieobecności nie jest możliwy do odbioru.

25) Kierownik Przychodni na wniosek personelu medycznego może odmówić kontynuacji świadczenia medycznego w przypadku, kiedy odmowa nie stanowi zagrożenia życia w sytuacji braku współpracy ze strony pacjenta, naruszenia regulaminu placówki lub naruszenia dóbr osobistych personelu medycznego. Takie zdarzenie musi zostać udokumentowane w dokumentacji pacjenta i zatwierdzone przez Kierownika Przychodni. W takim przypadku pacjent musi zostać poinformowany o możliwości kontynuowania leczenia we wskazanych innych placówkach.

26) Pacjenci ze skierowaniem na leczenie rehabilitacyjne w trybie pilnym (CITO) wystawionym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zostają umówieni na wizytę kontrolną u specjalisty rehabilitacji medycznej w ciągu 7-10 dni. Celem konsultacji jest potwierdzenie zasadności zastosowania trybu pilnego przez lekarza poradni rehabilitacyjnej w uzgodnieniu z kierownikiem poradni rehabilitacyjnej.

27) W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia w trybie pilnym zostaje on umieszczony w kolejce przypadków pilnych. Rozpoczęcie rehabilitacji odbywa się w pierwszym wolnym terminie w zależności od dostępności świadczeń.

W przypadku stwierdzenia nieuzasadnionego wystawienia skierowania na zabiegi rehabilitacyjne w trybie pilnym, pacjent otrzymuje zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia i kierowany jest na listę oczekujących w trybie stabilnym. Pacjent z nowym skierowaniem dotyczącym tego samego schorzenia nie zostanie zapisany na leczenie do czasu zakończenia dotychczasowego leczenia.

28) Pacjenci z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności mają prawo do uzyskania świadczenia poza prowadzoną kolejką oczekujących.

29) W wyjątkowych przypadkach, zgodnie ze wskazaniami medycznymi świadczenia w zakresie POZ i zakresie ambulatoryjnej lekarskiej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej mogą być udzielane w domu pacjenta. Świadczenia realizowane w warunkach domowych mogą być realizowane po wstępnym uzgodnieniu z lekarzem, wyłącznie na terenie gminy zgodnej z zawartą umową i siedzibą placówki tj. gmina Michałowice i Żyrardów.

30) Każdy pacjent ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenie, posiadający skierowanie na rehabilitację w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, może skorzystać z rehabilitacji komercyjnej – płatnej, pod warunkiem, że złoży pisemne oświadczenie o rezygnacji z zabiegów całkowitej lub częściowej. Oświadczenie dołączone jest do dokumentacji medycznej.

31) Podczas leczenia pacjentów ociemniałych wymagana jest obecność osoby towarzyszącej – opiekuna prawnego.

Udzielanie komercyjnych świadczeń medycznych

- a) Centrum Medycyny i Rehabilitacji ARTKINEZIS sp. z o. o. sp. k. udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie oraz w ramach umów z partnerami zewnętrznymi.
- b) Informacja o cenach dla pacjentów komercyjnych znajduje się na stronie Artkinezis www.artkinezis.pl w zakładce Pruszków i Żyrardów.
- c) Świadczenia odpłatne - komercyjne udzielane są we wszystkich zakresach nieobjętych umową z NFZ, świadczenia refundowane mogą być udzielone odpłatnie tylko i wyłącznie w przypadku, gdy pacjent rezygnuje z oczekiwania w kolejce na udzielenie świadczenia i pomimo otrzymania informacji o innych placówkach potwierdzi chęć skorzystania z odpłatnych świadczeń pisemnym oświadczeniem, które pozostanie w dokumentacji medycznej.
- d) Pacjenci posiadający wykupione ubezpieczenie zdrowotne lub pakiety medyczne mają zapewnione świadczenia medyczne bezpłatnie w ramach umów z partnerami medycznymi.
- e) Pacjenci, którzy leczą się w ramach abonamentów firmowych, przyjmowani są do leczenia na badania lub rehabilitację na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego oraz przez lekarzy komercyjnych.
- f) Każdy pacjent, zgłaszający się do leczenia w ramach zawartego z firmą abonamentu, musi być zweryfikowany w firmie pod kątem zakresu i ilości należnych mu świadczeń.
- g) Centrum Medycyny i Rehabilitacji ARTKINEZIS sp. z o. o. sp. k. obciąża kosztami leczenia partnerów medycznych zgodnie z warunkami zawartych umów.
- h) Pacjenci komercyjni mogą być przyjmowani bez skierowań na diagnostykę laboratoryjną, ultrasonograficzną oraz konsultacje lekarskie i fizjoterapeutyczne.
- i) Zapłata za świadczenia następuje przed ich realizacją, w rejestracji.
- j) Każda wpłata jest zarejestrowana w kasie fiskalnej, pacjent otrzymuje paragon, na życzenie pacjenta może być wystawiona faktura.

2. Przekazanie Pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem dalszej opieki wymaga wystawienia skierowania oraz uzgodnienia miejsca w przypadku Pacjenta wymagającego hospitalizacji.

3. Transport Pacjenta określają odrębne przepisy Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 8

ZASADY PRZYJMOWANIA I ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

1. Przedmiotem skarg i wniosków mogą być:

- a) zaniechania lub nienależyte wykonanie zadań przez personel,
- b) usprawnienia organizacji i pracy Przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego.

2. Skargi i wnioski wnoszone przez pacjentów i ich opiekunów prawnych mogą być składane:

- a) Osobiście lub pisemnie do Kierownika ds. Medycznych a w czasie jego nieobecności do lekarza dyżurnego

3. Skargi i wnioski rozpatrywane są tylko w przypadku, gdy zawierają informacje kontaktowe do osoby składającej skargę lub wniosek.

4. Jeżeli skarga nie posiada formy pisemnej, osoba przyjmująca skargę ma obowiązek sporządzenia notatki zawierającej treść skargi oraz dane osoby wnoszącej skargę.

5. Kierownik ds. Medycznych przyjmuje interesantów osobiście w Pęcicach w każdą środę w godzinach 9.00-12.00, w Żyrardowie w każdy poniedziałek w godzinach od 9:00-12:00 po wcześniejszym umówieniu spotkania.

6. Odpowiedzi na skargi i wnioski w formie pisemnej są udzielane w terminie do 30 dni od daty pisemnego zgłoszenia.

§ 9

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

1. Pacjent ma prawo do:

- a) Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej.
- b) Poszanowania jego intymności, godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

- c) Współuczestniczenia w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji.
- d) Wyrażenia zgody lub jej odmowy na leczenie ambulatoryjne i zastosowanie procedur wymagających odrębnej zgody.
- e) Wglądu do własnej dokumentacji medycznej.
- f) Informacji o stanie zdrowia.
- g) Pacjent w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia może być przyjęty w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.

2. Pacjent ma obowiązek:

- a) Podczas rejestracji okazać dokument tożsamości ze zdjęciem, podać aktualne dane kontaktowe tj. właściwe numery telefoniczne kontaktowe do siebie, najlepiej z numerem awaryjnym i adresem e-mail, pod którymi możliwe będzie pozostawienie informacji o zmianie terminu wizyty lub zabiegów oraz dane kontaktowe osoby, którą wskazuje do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
- b) Uaktualnić dane kontaktowe, jeśli nastąpiła zmiana.
- c) Poinformować telefonicznie lub w inny dostępny i skuteczny sposób Centrum Medycyny i Rehabilitacji ARTKINEZIS sp. z o. o. sp. k. o akceptacji lub rezygnacji z wizyty u lekarza, leczenia rehabilitacyjnego w warunkach stacjonarnych lub zabiegu operacyjnego.
- d) Zgłaszać się na wizytę lekarską lub rehabilitację w wyznaczonej godzinie.
- e) Informować pracowników o spóźnieniu, co nie uprawnia do przedłużenia wizyty o czas spóźniony.
- f) Informować pracowników o chorobie najpóźniej w dniu poprzedzającym wizytę lekarską lub zaplanowaną terapię, za wyjątkiem nagłych przypadków.
- g) W przypadku kobiet, w wieku rozrodczym pacjentka ma obowiązek poinformowania o ciąży zaraz po uzyskaniu takiej informacji oraz ma obowiązek natychmiastowego przerwania zabiegów. W przypadku badania RTG ma obowiązek poinformowania personelu wykonującego badanie o ciąży.
- h) Przedstawienia karty informacyjnej ze szpitala w przypadku wcześniejszej hospitalizacji.
- i) Przedstawiania do wglądu posiadanej własnej dokumentacji medycznej.
- j) Utrzymania czystości osobistej i przestrzegania zasad higieny osobistej.
- k) Korzystania z szatni i zmiany obuwia w przypadku pacjentów zgłaszających się na fizjoterapię.
- l) Personel udzielający świadczeń zdrowotnych może odmówić udzielenia świadczenia osobie w stanie nietrzeźwym osobie nieprzestrzegającej zasad higieny osobistej.

- m) Przestrzegania indywidualnych zaleceń lekarza i terapeutów w zakresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.
- n) Poszanowania własności przedsiębiorstwa.
- o) Przestrzegania zasad bezpieczeństwa.
- p) Przestrzegania niniejszego Regulaminu (w części dotyczącej pacjenta).
- q) Przestrzegania bezwzględnego zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz podawania lub zażywania środków odurzających na terenie placówki Centrum Medycyny i Rehabilitacji Artkinezis.
- r) Wniesienia opłaty w rejestracji przed wizytą u lekarza lub na zabiegach za usługi komercyjne nieobjęte abonamentem firmowym.

4. Odmowa udzielania świadczeń medycznych:

- a) Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
- b) Odmowa udzielenia świadczeń medycznych w przypadku braku współpracy ze strony pacjenta oraz naruszenia przez niego dóbr osobistych personelu medycznego placówki może zostać podjęta jedynie u pacjentów, u których aktualny stan zdrowia nie stanowi zagrożenia życia lub zdrowia.
- c) Kierownik ds. Medycznych na wniosek personelu medycznego przekazuje na piśmie uzasadnienie odmowy udzielania świadczeń wraz z informacją o możliwości kontynuowania leczenia we wskazanych placówkach zlokalizowanych w pobliżu.
- d) W każdym przypadku Pacjent, u którego podjęto decyzję odmowy leczenia w placówce otrzymuje nowe skierowanie na dalsze leczenie dotyczące tej samej jednostki chorobowej.

§11

FORMA I WARUNKI UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Podmiot Leczniczy może udostępnić dokumentację medyczną na żądanie:

- a) Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, bądź osoby upoważnionej przez Pacjenta. Po śmierci Pacjenta prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona pisemnie przez Pacjenta za życia.
- b) zakładów opieki zdrowotnej, jednostek organizacyjnych tych zakładów i osób wykonujących zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, właściwym do spraw zdrowia organom państwo-

wym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonania kontroli i nadzoru,

- c) organom władzy publicznej, NFZ, Ministerstwa Zdrowia, konsultantom wojewódzkim i krajowym, sądom, prokuratorom oraz rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem,
- d) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- e) organów rentowych, zakładów ubezpieczeniowych oraz zespołów do spraw orzekania stopnia niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- f) rejestrów usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- g) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

2. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

3. Rodzaje dokumentacji medycznej, sposoby jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania określa obowiązująca w przedsiębiorstwie instrukcja opracowana na podstawie obowiązujących przepisów.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie pisemnego wniosku

- a) do wglądu na miejscu,
- b) w formie sporządzenia kopii,
- c) w formie oryginałów dokumentacji za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu przez uprawniony organ,
- d) za pośrednictwem kanałów elektronicznych, w postaci zaszyfrowanego pliku.

W przypadku awarii kserokopiarki placówka przygotowuje kopię dokumentacji w najbliższym możliwym terminie.

5. Kserokopie dokumentacji medycznej wydaje się odpłatnie na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2009r., nr 52, poz. 417 ze zm.).

Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych wynosi ona maksymalnie:

- a) 0,002 za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej,
- b) 0,00007 za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej,
- c) 0,0004 za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,

- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego 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, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

6. Opłaty, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy we wnioskowanym zakresie,

2) udostępnionej za pośrednictwem kanałów elektronicznych

3) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

7. Wskazana opłata nie obejmuje kosztów ewentualnej przesyłki, ani innych kosztów związanych z żądanym przez osobę uprawnioną sposobem wydania kserokopii, odpisów i wyciągów.