

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej Pacjentów KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k.

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad udostępniania dokumentacji medycznej na żądanie pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta oraz uprawnionych organów i podmiotów, o których stanowi ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wytworzonej przez podmiot leczniczy **KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k.** (zwany dalej: Podmiot leczniczy).

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym. Dokumentacja medyczna udostępniana jest w formie wyciągów, odpisów lub kopii, a także do wglądu w **KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bursztynowej 2c, (04-749) Warszawa**, chyba że uprawniony organ czy podmiot, żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej.

2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na żądanie:

- pacjenta;
- przedstawiciela ustawowego pacjenta;
- osoby upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej;
- organów i podmiotów, o których stanowi ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Po śmierci Pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej Pacjenta (bez względu na to czy Pacjent za życia upoważnił osobę bliską czy te nie), chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

3. Podstawą udostępniania dokumentacji medycznej, jest:

- a) zakładom ubezpieczeniowym - złożenie pisemnego oświadczenia o posiadaniu zgody pacjenta na udostępnianie dokumentacji medycznej,
- b) innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa - pisemne żądanie udostępnienia dokumentacji medycznej, wraz ze wskazaniem podstawy prawnej żądania,
- c) pacjentom, przedstawicielom ustawowym pacjentów lub osobom upoważnionym do dostępu do dokumentacji medycznej – pisemne, bądź w uzasadnionych przypadkach ustne złożenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Wniosek, o którym mowa w pkt. 3 lit. c), należy złożyć w **KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bursztynowej 2c, (04-749) Warszawa**, w godzinach pracy Podmiotu leczniczego. Dopuszcza się możliwość złożenia wniosku w formie elektronicznej wysyłając skan wniosku na adres email: kontakt@kolmed.pl.

Odbiór wnioskowanej dokumentacji również następuje w **KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bursztynowej 2c, (04-749) Warszawa**, w godzinach pracy Podmiotu leczniczego. Dopuszcza się możliwość przesłania wnioskowanej dokumentacji na zweryfikowany adres email wnioskodawcy, czy też zweryfikowany adres zamieszkania.

4. Podmiot leczniczy udostępnia dokumentację medyczną uprawnionym, o których mowa w pkt. 2), w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochronę danych osobowych.

5. Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się bez zbędnej zwłoki.

6. Wydanie dokumentacji medycznej następuje za pokwitowaniem odbioru.

7. Opłaty:

a) Podmiot leczniczy, nie pobiera opłaty w przypadku udostępnienia - po raz pierwszy - kopii, wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej (w żądanym zakresie):

- pacjentowi;
- przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- osobie upoważnionej do odbioru wnioskowanej przez pacjenta dokumentacji medycznej;

b) Podmiot leczniczy, nie pobiera opłaty w przypadku udostępnienia - po raz pierwszy i kolejny - kopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej, bez względu na zakres udostępnianej dokumentacji medycznej, w formie kopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej:

- w związku z prowadzonym postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- Agencji Badań Medycznych;

c) Podmiot leczniczy, nie pobiera opłaty w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej - po raz pierwszy i kolejny, bez względu na zakres udostępnianej dokumentacji medycznej, w formie wglądu do dokumentacji medycznej w **KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bursztynowej 2c, (04-749) Warszawa** w godzinach pracy Podmiotu leczniczego:

- pacjentowi;
- przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- osobie upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej;

W odniesieniu do pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej jest odnotowywana, w szczególności na „Wniosku o wydanie kopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej” w części: „Potwierdzenie udostępnienia”.

Załącznik nr 1 do Procedury udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
DANE WNIOSKODAWCY:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
Okres od:		Okres do:	
Rodzaj dokumentacji medycznej: (np. historia choroby)			
Dokumentację medyczną*:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze osoba przeze mnie upoważniona <input type="checkbox"/> odbiorę za pośrednictwem poczty <input type="checkbox"/> odbiorę za pośrednictwem poczty email.....		
Opłaty**	<input type="checkbox"/> W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej - po raz pierwszy - w zakresie określonym w niniejszym wniosku, przysługuje mi prawo otrzymania niniejszej dokumentacji bezpłatnie. <input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w podmiocie leczniczym.		
<p>Warszawa, _____</p> <p style="text-align: right;">_____ (czytelny podpis wnioskodawcy)***</p>			
<p>Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:</p> <p>1) administratorem danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej jest Podmiot leczniczy - KOLMED Kompleksowa Obsługa Medyczna sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bursztynowej 2c, (04-749) Warszawa ;</p> <p>2) administrator będzie przetwarzał dane osobowe osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.</p> <p>Dokładna podstawa prawna:</p> <p>a) dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</p> <p>b) dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 RODO oraz art. 26 ust. 1 - 2b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;</p> <p>1) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);</p>			

- 2) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 3) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) dane osobowe osób ubiegających się o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, której dotyczył wniosek o udostępnienie, z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;
- 2) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Pani/Panu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do identyfikacji Osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową przyjęcia wniosku lub odmową udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Potwierdzenie udostępnienia			
Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:			
Nazwa dokumentu:		Numer PESEL:	
Ilość stron:		Wysokość opłaty:	
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> (data i czytelny podpis odbierającego)		<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> (data i czytelny podpis wydającego)	

*należy zakreślić właściwe okienko

**należy zakreślić właściwe okienko. Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

***niniejszy formularz ma charakter pomocniczy, osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie

Załącznik nr 2 do Procedury udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
Ja, niżej podpisany:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
Upoważniam:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
do odbioru mojej dokumentacji medycznej.			
Miejscowość:			
<hr/>		<hr/>	
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)		(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)	