

## ZARZĄDZENIE NR 18/2023

DYREKTORA Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku

z dnia 24.07.2023 roku

*w sprawie szczegółowych zasad udostępniania dokumentacji medycznej*

Działając na podstawie par. 19 Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku, zarządzam, co następuje:

### § 1

Zarządzanie określa szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej.

### § 2

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

### § 3

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Do wglądu w podmiocie leczniczym
2. Poprzez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku
3. Poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta art.27 pkt 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.).  
Przed wydaniem oryginału wykonywana jest kopia dokumentacji.
4. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej może być udostępniona poprzez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skan) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na nośniku danych. Plik z danymi powinien być uprzednio zaszyfrowany hasłem, które podane zostaje oddzielnie.

### § 4

1. Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych następuje na podstawie oświadczenia pacjenta, którego wzór stanowi **załącznik 1** do zarządzenia. Oświadczenie dotyczy:
  - Wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (rozmowa z terapeutą, terapia)
  - Upoważnienia lub nie upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej i uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych następuje na podstawie wniosku pacjenta, jego przedstawiciela

ustawowego lub z upoważnienia pacjenta. Wniosek zawiera pokwitowanie odbioru i wydania dokumentacji. Wzór wniosku stanowi **załącznik 2** do zarządzenia.

Wniosek można składać w godzinach pracy Ośrodka w rejestracji lub sekretariacie.

3. W przypadku braku upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej lub informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych pacjenta następuje odmowa udostępnienia dokumentacji na podstawie **załącznika 3** do zarządzenia.
4. W przypadku potrzeby udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta za pomocą środków komunikacji na odległość stosuje się procedurę stanowiącą **załącznik 4** do zarządzenia.
5. Za udostępnianie dokumentacji medycznej Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku nie pobiera opłat.

## § 5

1. Udostępnianie dokumentacji następuje w terminie 7 dni roboczych, licząc od dnia złożenia wniosku.
2. Dokumentację odbiera się osobiście w rejestracji lub sekretariacie w godzinach pracy Ośrodka lub dokumentacja zostaje wysłana listem poleconym zgodnie z dyspozycją we wniosku.


## § 6

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 24.07.2023 roku.
2. Traci moc zarządzenie nr 17/2019 z dnia 19.12.2019 roku.

**D Y R E K T O R**

Justyna Rozbicka-Stanisławska



<b>Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku</b>  Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	PSZJ-1/PR-1	PROCEDURA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ		
	R/Z22/PSZJ-1/PR-1	Oświadczenie pacjenta		
	Obowiązuje od:	24.07.2023	Wydanie: 8	Strona 1 z 2

Gdańsk, dnia.....

Załącznik 1

### OŚWIADCZENIE\*

Złożone w trybie § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. „w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania”. ( Dz.U. z dnia 6 kwietnia 2020 r. poz. 666 z późn. zm.).

Imię nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Telefon ..... (cel: nawiązanie kontaktu telefonicznego oraz powiadomienia SMS o nadchodzącej wizycie w ramach zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej)

☐ wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (rozmowa z terapeutą, terapia)

Oświadczam, że **upoważniam** Pana/Panią

.....  
/ imię i nazwisko, ewentualnie: stopień pokrewieństwa /

.....  
/ adres, kontakt telefoniczny /

do :

☐ uzyskiwania dokumentacji medycznej

☐ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych

.. Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień w Gdańsku.

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej oraz do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień w Gdańsku.

Informujemy, że w dowolnym momencie istnieje możliwość złożenia powyższych oświadczeń lub ich zmiany za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

☐ **NIE CHCE** otrzymywać wiadomości tekstowych SMS z przypomnieniem terminu lub zmiany wizyty.

.....  
/podpis pacjenta/

☐ Zaznacz odpowiedni kwadrat.



## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW

### Administrator danych

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku, którego dane kontaktowe są następujące:

- adres korespondencyjny: ul. Zakopiańska 37, 80-142 Gdańsk
- nr telefonu: (48 58) 320 29 57
- adres e-mail: [sekretariat@wotu.pl](mailto:sekretariat@wotu.pl)

### Inspektor ochrony danych

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, ma Pani/Pan prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres mailowy: [iod@wotu.pl](mailto:iod@wotu.pl)

### Cel przetwarzania

Administrator przetwarza dane osobowe pacjentów w celu:

1. **prowadzenia profilaktyki zdrowotnej:** informowanie pacjenta o możliwości udzielenia świadczenia, przekazywanie materiałów edukacyjnych, przekazywanie informacji o wydarzeniach prozdrowotnych.
2. **diagnozy i leczenia:** przetwarzanie związane z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), w tym prowadzenie dokumentacji medycznej.
3. **zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej:** rejestracja Pacjenta, zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej, w tym m.in. przypomnienie o terminie realizacji świadczenia zdrowotnego, potwierdzenie wizyty, odwołanie wizyty, poinformowanie o zmianach organizacyjnych, które mają wpływ na udzielenie oczekiwanego świadczenia, odbieranie i archiwizacja oświadczeń woli w zakresie upoważnienia innych osób do dostępu do dokumentacji medycznej oraz udzielenia tym osobom informacji o stanie zdrowia, zarządzanie podmiotem wykonującym działalność leczniczą, wykonywanie innych czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
4. **zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego:** wystawianie zaświadczeń lekarskich.
5. **ułatwienia kontaktu:** prosimy o dobrowolne podanie nr telefonu. Będziemy z niego korzystali w celu powiadomienia o terminie wizyty poprzez wykonanie telefonu lub powiadomienie wiadomością tekstową SMS.

### Podstawa przetwarzania danych

Państwa dane osobowe przetwarzamy na podstawie art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, czyli w celu wykonania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO – odnośnie do danych szczególnych kategorii (np. dot. zdrowia) do celów profilaktyki zdrowotnej. Podanie danych w zakresie nieokreślonym przepisami prawa, zostanie potraktowane jako zgoda na przetwarzanie tych danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Wyrażenie zgody w tym przypadku jest dobrowolne, a zgodę tak wyrażoną można odwołać w dowolnym czasie.

### Obowiązek podania danych

Podanie danych wymaganych przez przepisy prawa jest obowiązkowe, bez ich podania nie można świadczyć usług opieki zdrowotnej. Podanie pozostałych danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie może skutkować utrudnieniem kontaktu.

### Okres przechowywania danych

Zasady przechowywania dokumentacji medycznej określa art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Po upływie terminów dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta.

### Odbiorcy danych


Odbiorcami danych mogą być osoby upoważnione do dostępu do dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia; podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym nam usługi na podstawie umów lub porozumień np.: dostawcy usług informatycznych, hostingowych, pocztowych.

### Prawa osób

Pacjent posiada: prawo dostępu do swoich danych osobowych i ich kopii; prawo do sprostowania danych osobowych; wycofania zgody w dowolnym momencie; prawo żądania usunięcia danych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).

Powiadomienia SMS: Pacjent w dowolnym momencie może wnieść sprzeciw wobec otrzymywania powiadomień SMS.



<b>Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku</b>   Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	<b>PSZJ-1/PR-1</b>	<b>PROCEDURA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ</b>		
	<b>R/Z24/PSZJ-1/PR-1</b>	<b>WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>		
	Obowiązuje od:	<b>24.07.2023</b>	Wydanie: 4	Strona 1 z 2

Załącznik 2

## WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

### 1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Tel. kontaktowy: .....

Nr PESEL : .....

### 2. Dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta):

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL: .....

### 3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

☐ do wglądu w podmiocie leczniczym

☐ wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku

☐ wydania oryginału

*(przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta art.27 pkt 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.)*

### 4. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w (podać nazwę placówki/oddziału):

☐ .....

### 5. Zakres dokumentacji (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, itp.)

.....  
 .....  
 .....

### 6. Forma odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztu udostępnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r.poz.1318 ze zm.) \*\*

☐ odbiór osobisty

☐ przesłanie dokumentacji na adres wskazany we wniosku


Data i podpis składającego wniosek.....

Data i podpis pracownika (w przypadku ustnego złożenia wniosku) .....

Potwierdzam **wydanie** wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis pracownika).....

Potwierdzam **odbiór** wnioskowanej dokumentacji (data, czytelny podpis wnioskującego).....

*\*\*dotyczy wyłącznie sytuacji, w których istnieje podstawa do obciążenia*

<b>Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku</b>  Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	PSZJ-1/PR-1		PROCEDURA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ	
	R/Z26/PSZJ-1/PR-1		ODMOWA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	
	Obowiązuje od:	24.07.2023	Wydanie: 1	Strona 1 z 2

Załącznik 3

Gdańsk, dn.....

### Odmowa udostępnienia dokumentacji - uzasadnienie

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.), odmawiam udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej z przyczyn jak poniżej.

Treść uzasadnienia:


.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 Data i podpis pracownika

Uzasadnienie odmowy otrzymałam/em:

.....  
 (data i czytelny podpis)



<b>Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku</b>   Podmiot Leczący Samorządu Województwa Pomorskiego	PSZJ-1/PR-1	PROCEDURA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ		
	R/Z27/PSZJ-1/PR-1	Procedura informowania o stanie zdrowia pacjenta za pomocą środków komunikacji na odległość		
	Obowiązuje od:	24.07.2023	Wydanie: 1	Strona 1 z 2

ZAŁ. 4

## PROCEDURA INFORMOWANIA O STANIE ZDROWIA PACJENTA ZA POMOCĄ ŚRODKÓW KOMUNIKACJI NA ODLEGŁOŚĆ

### 1. PODSTAWY PRAWNE

Zgodnie z Art. 31 Ustawy z dnia 15 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – **lekarz** ma obowiązek udzielić informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a za zgodą pacjenta również innym osobom.

Zgodnie z Art. 16 Ustawy z dnia 15 lipca 2001 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – **pielęgniarka** jest obowiązana udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.

Zgodnie z art. 13 Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów - **psycholog/psychoterapeuta** jest obowiązany poinformować klienta (pacjenta) o celu postępowania, jego przebiegu, wynikach i sposobie udostępniania oraz powinien uzyskać akceptację planowanych czynności.

Zgodnie z art. 9 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia innym osobom.

### 2. CEL PROCEDURY

Celem niniejszej procedury jest ustalenie zasad udzielania informacji dotyczącej zdrowia pacjenta korzystającego z usług/świadczeń lub przyjętego do **Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku (WOTU)**, w tym udzielania informacji za pomocą środków komunikacji na odległość.

### 3. UPOWAŻNIENIE PACJENTA

W procesie rejestracji pacjenta zakwalifikowanego do przyjęcia do **WOTU** odbiera się od pacjenta/ przedstawiciela ustawowego pacjenta upoważnienie do udzielania informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta w zakresie (zał. 1 do zarządzenia):


- 1) Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu, adres mailowy

Pacjent może złożyć upoważnienie do udzielania informacji dotyczącej stanu zdrowia poprzez Internetowe Konto Pacjenta lub w innym podmiocie leczniczym. Dzwoniący powinien okazać takie upoważnienie podczas wideo rozmowy lub przesłać na adres **WOTU**.

### 4. UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

#### 4.1. JEST UPOWAŻNIENIE PACJENTA



<b>Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku</b>   Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	<b>PSZJ-1/PR-1</b>		<b>PROCEDURA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ</b>	
	<b>R/Z27/PSZJ-1/PR-1</b>		<b>Procedura informowania o stanie zdrowia pacjenta za pomocą środków komunikacji na odległość</b>	
	Obowiązuje od:	<b>24.07.2023</b>	Wydanie: 1	Strona 2 z 2

Należy sprawdzić, czy osoba dzwoniąca dzwoni z numeru telefonu podanego przez pacjenta. Jeżeli nie ma możliwości identyfikacji numeru dzwoniącego telefonu, to lekarz/pielęgniarka/terapeuta oddzwania na numer telefonu podany w upoważnieniu.

#### 4.2. NIE MA UPOWAŻNIENIA PACJENTA – PACJENT PRZYTOMNY

Pracownik Ośrodka notuje dane osoby dzwoniącej i przekazuje informacje lekarzowi/pielęgniarce/terapeucie/psychologowi. Lekarz/pielęgniarka/terapeuta/psycholog pyta pacjenta czy tej osobie może udzielić informacji telefonicznie. Po zgodzie pacjenta lekarz/pielęgniarka/terapeuta/psycholog informuje bezpośrednio lub oddzwania. W dokumentacji medycznej odnotowuje się dane osoby upoważnionej do uzyskania informacji o Pacjencie, jak w pkt. 3 niniejszego dokumentu, tj. zbiera dane osoby upoważnionej w zakresie:

- 1) Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu, adres mailowy.

### 5. WERYFIKACJA OSOBY DZWONIĄCEJ

Aby uchronić się przed udzielaniem informacji osobom nieuprawnionym, należy skrupulatnie zweryfikować tożsamość osoby dzwoniącej.

Weryfikacji dokonujemy poprzez zadanie pytań kontrolnych do osoby dzwoniącej lub okazanie dowodu tożsamości podczas wideo rozmowy.

Pytania powinny uwzględniać indywidualną sytuację pacjenta oraz być dostosowane do stopnia pokrewieństwa pacjenta z osobą dzwoniącą.

Przykładowe pytania:

- 1) Jaki jest stopień Pani/Pana pokrewieństwa z pacjentem?
- 2) Proszę podać numer PESEL pacjenta
- 3) Proszę podać numer telefonu pacjenta
- 4) Proszę podać miejsce urodzenia pacjenta
- 5) Proszę podać drugie imię pacjenta
- 6) Proszę powiedzieć, czy pacjent posiada znaki szczególne (np. tatuaż)
- 7) Proszę opisać wygląd pacjenta
- 8) W przypadku wideo rozmowy – proszę okazać inny dokument wskazujący na wspólną relację z pacjentem

### 6. ZABEZPIECZENIA

Rozmowy i wideo rozmowy odbywają się z wykorzystaniem sprzętu Ośrodka. Nie są używane prywatne urządzenia do komunikacji na odległość.

Rozmowy dotyczące udzielania informacji o stanie zdrowia nie są nagrywane przez personel.