

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2009 r.

**w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641), zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Przepisy ogólne**

**§ 1.** 1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją", obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną - odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej "podmiotem";
- 2) dokumentację zbiorczą - odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w formie elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501 oraz z 2008 r. Nr 127, poz. 817) lub w formie papierowej.

**§ 2.** Przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji dotyczących czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i martwych stosuje się kryteria oceny określone w załączniku do rozporządzenia.

**§ 3.** 1. Wpisów w dokumentacji dokonuje się czytelnie, w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, i opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 7 pkt 4.

2. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem przyczyn skreślenia i oznaczeniem osoby dokonującej skreślenia, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 4.** 1. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby podmiotu;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

2. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 4) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 5) karta wizyty patronażowej;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

- 6) karta wywiadu środowiskowo - rodzinnego.
3. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:
  - 1) skierowania do szpitala lub innego podmiotu;
  - 2) skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje;
  - 3) zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie;
  - 4) karta przebiegu ciąży;
  - 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.
4. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.

**§ 5.** 1. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz numerem PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numerem PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serią i numerem dokumentu stwierdzającego tożsamość.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

3. Do prowadzonej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

4. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

**§ 6.1.** Lekarz kierujący na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z historii zdrowia i choroby pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

2. Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje lekarzowi, który wystawił skierowanie pełne dane o wynikach tych badań lub konsultacji, wraz z rozpoznaniem choroby.

## **Rozdział 2**

### **Dokumentacja w zakładzie opieki zdrowotnej**

**§ 7.** Dokumentacja indywidualna prowadzona w zakładzie opieki zdrowotnej, zwanym dalej „zakładem”, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu:
  - a) nazwę zakładu i jego siedzibę,
  - b) adres zakładu wraz z numerem telefonu,
  - c) resortowy kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.<sup>2)</sup>), zwany dalej „kodem resortowym” zakładu, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- 2) oznaczenie jednostki organizacyjnej zakładu:
  - a) nazwę jednostki organizacyjnej zakładu,
  - b) adres jednostki organizacyjnej zakładu wraz z numerem telefonu,
  - c) kod resortowy jednostki organizacyjnej zakładu, stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- 3) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”;
- 4) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badania, konsultację lub leczenie:
  - a) nazwisko i imię,
  - b) tytuł zawodowy,
  - c) uzyskane specjalizacje,
  - d) numer prawa wykonywania zawodu,
  - e) podpis;

---

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817 i Nr 157, poz. 1241.

- 5) datę dokonania wpisu;
- 6) istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności:
  - a) opis czynności wykonywanych przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych,
  - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
  - c) zalecenia,
  - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 7) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

**§ 8.** Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zgodnie z § 7 pkt 4 lit. a – d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

**§ 9.1.** Dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym zakresem czynności.

2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiada kierujący komórką organizacyjną zakładu.

**§ 10.** Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
  - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
  - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym,
  - c) księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala,
  - d) księgi chorych komórki organizacyjnej,
  - e) księgi raportów lekarskich,
  - f) księgi raportów pielęgniarских,
  - g) księgi zabiegów,
  - h) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej,
  - i) księgi bloku porodowego lub sali porodowej,
  - j) księgi noworodków,
  - k) księgi pracowni diagnostycznej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, o której mowa w § 20, skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

**§ 11. 1.** Do dokumentowania:

- 1) porad ambulatoryjnych udzielanych w komórce organizacyjnej szpitala,
- 2) świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom, których czas pobytu w komórce organizacyjnej szpitala nie przekracza 24 godzin

- stosuje się odpowiednio przepisy § 34 – 38.

**§ 12. 1.** Historię choroby zakłada się w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

2. W przypadku, gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej jednostce lub komórce organizacyjnej szpitala, dokonuje się kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

**§ 13. 1.** Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, w szczególności:
  - a) karty indywidualnej opieki pielęgniarской,
  - b) karty opieki prowadzonej przez położną,
  - c) karty obserwacji lub karty obserwacji porodu,

- d) karty gorączkowej,
  - e) karty zleceń lekarskich,
  - f) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
  - g) karty monitorowania bólu,
  - h) karty zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane.
  - i) wyników badań diagnostycznych,
  - j) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
  - h) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.
2. Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:
- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego, kartę przebiegu ciąży;
  - 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta;
  - 3) wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, udostępnione przez pacjenta, o ile są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.
3. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 3, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.
4. W razie wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

**§ 14.** Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

**§ 15.** 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 7 pkt 1-5 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
  - 2) numer w księdze chorych komórki organizacyjnej, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
  - 3) kod resortowy komórki organizacyjnej zakładu, do której pacjent został przyjęty;
  - 4) tryb przyjęcia: planowy, nagły, na podstawie skierowania, bez skierowania;
  - 5) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia woli - imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz dane umożliwiające kontakt z nim, w szczególności numer telefonu;
  - 6) imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą, w szczególności numer telefonu;
  - 7) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia;
  - 8) adnotację o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach pacjenta wynikających z ustawy oraz z przepisów odrębnych, na zasadach określonych w ustawie;
  - 9) datę przyjęcia pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 10) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
  - 11) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
  - 12) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 7 pkt 4.
2. W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, skierowanie dołącza się do historii choroby.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 2, zawiera w szczególności:
- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 7 pkt 1 lub pkt 4;
  - 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;

- 3) rozpoznanie ustalone przez lekarza, położną kierujących na leczenie lub badania;
- 4) datę wystawienia skierowania.

**§ 16.** 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
  - 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
  - 3) oświadczenie o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 6 ustawy.
2. Do formularza historii choroby, o którym mowa w ust. 1, dołącza się:
- 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji porodu;
  - 2) informacje o zleceniach lekarskich w formie karty zleceń lekarskich;
  - 3) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarских lub położniczych w postaci karty indywidualnej pielęgnacji lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
  - 4) informacje na temat stopnia natężenia bólu w postaci karty monitorowania bólu.
3. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych.
4. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną i opatrzone ich oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4.
5. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem oraz opatrzone jego oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4.
6. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarской lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę, położną sprawującą opiekę nad pacjentem oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarской lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4.
7. Wpisy w karcie monitorowania bólu dokonywane są przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

**§ 17.** Karta monitorowania bólu zawiera w szczególności:

- 1) informację o częstotliwości dokonywania oceny stopnia bólu;
- 2) ocenę stopnia natężenia bólu przedstawioną za pomocą wybranej skali;
- 3) informacje o podjętych działaniach w zakresie leczenia bólu;
- 4) ocenę skuteczności leczenia bólu.

**§ 18.** 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
  - 2) numer statystyczny choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
  - 3) zastosowane leczenie, wykonane badania diagnostyczne i zabiegi oraz operacje, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
  - 4) epikryzę;
  - 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
  - 6) datę wypisu.
2. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

**§ 19.** Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 18 ust. 1 pkt 1-4, zawiera:

- 1) datę zgonu pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;

- 2) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
- 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

**§ 20.** 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w jednym egzemplarzu, z dwiema kopiami. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

2. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera:

- 1) dane, o których mowa w § 7 pkt 1-4;
- 2) rozpoznanie choroby w języku polskim;
- 3) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 4) opis zastosowanego leczenia, w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania;
- 5) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 6) orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 7) adnotacje o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi;
- 8) terminy planowanych konsultacji.

3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli przemawia za tym dobro pacjenta dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek wpisać rozpoznanie w języku polskim.

4. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3 oraz w § 19 pkt 1, 2 i 4.

5. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wraz z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci - osobie, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 7.

6. Drugą kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołącza się do historii choroby.

**§ 21.** 1. W razie podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję.

3. Historię choroby wraz z oryginałem protokołu badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W razie rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

4. Lekarz prowadzący lub lekarz wyznaczony przez lekarza kierującego komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

**§ 22.** 1. Zakończoną historię choroby przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

**§ 23.** 1. Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;

- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
  - 6) rozpoznanie wstępne;
  - 7) rozpoznanie przy wypisie;
  - 8) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
  - 9) datę wypisu, a w razie zgonu pacjenta - datę wydania karty zgonu;
  - 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
  - 11) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
  - 12) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych, określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
  - 13) informację o ewentualnym pobraniu opłat za leczenie na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
  - 14) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
  - 15) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.
2. W przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 2, nadaje się tylko jeden numer kolejny w księdze głównej przyjęć i wypisów.

**§ 24.** 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 4) datę zgłoszenia się pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 6) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 7) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 8) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub adnotację o braku skierowania;
- 9) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 10) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 11) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- 12) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 13) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- 14) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany;
- 15) oznaczenie lekarza zgodnie z § 7 pkt 4.

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.

3. W przypadku gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w dokumentacji.

**§ 25.** Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę zgłoszenia się pacjenta;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres miejsca zamieszkania pacjenta oraz inne dane umożliwiające z nim kontakt, w szczególności numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
- 5) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 7) ustaloną datę planowego przyjęcia do szpitala oraz nazwę komórki organizacyjnej.

**§ 26.** Księga chorych komórki organizacyjnej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 4) datę przyjęcia - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) numer kolejny pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 6) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 7) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 8) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innej komórki organizacyjnej albo zgonu pacjenta;
- 9) rozpoznanie wstępne;
- 10) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 11) adnotację o miejscu, dokąd pacjent został wypisany;
- 12) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d.

**§ 27.** Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny wpisu;
- 4) datę sporządzenia raportu;
- 5) treść raportu, w szczególności: imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 6) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 28.** Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny wpisu;
- 4) treść raportu, w szczególności: imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 7) krótką statystykę komórki organizacyjnej, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych.

**§ 29.** Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 4) datę wykonania zabiegu;
- 5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 6) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu;
- 7) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 8) oznaczenie lekarza lub innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonujących zabieg, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 30.** Księga bloku operacyjnego lub sali operacyjnej zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;

- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie przedoperacyjne i oznaczenie lekarza kierującego na zabieg lub operację, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d, a jeżeli kierującym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu;
- 7) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu lub operacji, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 8) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu lub operacji - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 9) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu lub operacji;
- 10) szczegółowy opis zabiegu lub operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
- 11) zlecone badania diagnostyczne;
- 12) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 13) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, zgodnie z § 7 pkt 4, z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację lub zabieg.

**§ 31.** 1. Księga bloku porodowego lub sali porodowej zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
  - 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
  - 3) numer kolejny pacjentki w księdze;
  - 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki oraz oznaczenie grupy krwi;
  - 5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;
  - 6) rozpoznanie ostateczne;
  - 7) informację o zastosowanych lekach;
  - 8) określenie rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki i jego szczegółowy opis, jeżeli było wykonane oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 7 pkt 4 ;
  - 9) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy lub salę porodową – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 10) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
  - 12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
  - 13) dane dotyczące noworodka:
    - a) płeć,
    - b) masa ciała,
    - c) długość ciała,
    - d) ocena według skali Apgar;
  - 14) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego lub sali porodowej – ze wskazaniem roku, miesiąca dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 15) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego lub sali porodowej;
  - 16) oznaczenie osoby przyjmującej poród, zgodnie z § 7 pkt 4.
2. W przypadku, gdy poród odbywa się metodą operacyjną, dokonuje się również wpisu w księdze bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

**§ 32.** 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
  - 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
  - 3) numer kolejny noworodka w księdze;
  - 4) imię i nazwisko matki noworodka;
  - 5) oznaczenie płci noworodka.
2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

**§ 33.** Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;

- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 4) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 5) imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 6) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu;
- 7) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 8) adnotację o rodzaju i wyniku badania;
- 9) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 34.** 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, stosuje się odpowiednio przepisy § 12, 13, 23, 25, 27 – 29 i 31, z zastrzeżeniem, że dokumentacja sporządzana jest przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

2. Do prowadzenia dokumentacji w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy § 8 – 29 i § 33.

**§ 35.** Zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 1 - 4;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
  - a) księgi przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej,
  - b) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
  - c) księgi pracowni diagnostycznej,
  - d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
  - e) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej.

**§ 36.** 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w zakładzie, o którym mowa w § 35.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej zakładu.

**§ 37.** 1. Historia zdrowia i choroby zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 2) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- 3) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 4) informacje dotyczące opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.

2. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 4) zabiegach lub operacjach;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) uczuleniach;
- 7) obciążeniach dziedzicznych.

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych i wyrobach medycznych zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi;

- 6) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 7 pkt 4.
- 4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:
  - 1) opis środowiska epidemiologicznego;
  - 2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
  - 3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan działalności pielęgniarki lub położnej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
  - 4) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 7 pkt 4.
- 5. Do historii zdrowia i choroby dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.
- 6. Do historii zdrowia i choroby dołącza się:
  - 1) imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i dostępu do dokumentacji oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą;
  - 2) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej, w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

**§ 38.** 1. Zakład sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjentki, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 4) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
- 5) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.
- 2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, zawiera informacje, o których mowa w § 36 ust. 2, oraz dodatkowo:
  - 1) grupę krwi;
  - 2) datę ostatniej miesiączki;
  - 3) przybliżony termin porodu;
  - 4) masę ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
  - 5) wzrost;
  - 6) liczbę ciąż i porodów przebytych, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia;
  - 7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
  - 8) opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
  - 9) datę rozpoznania ciąży - datę pierwszej wizyty w związku z ciążą;
  - 10) wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.
- 3. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 37 ust. 3, oraz dodatkowo:
  - 1) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
  - 2) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

**§ 39.** Księga przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny wpisu;
- 4) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 5) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 6) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
- 7) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

**§ 40.** Kartoteka środowisk epidemiologicznych składa się z kart zawierających:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, a w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres;
- 3) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem w szczególności ich nazwiska i imiona oraz numery PESEL, jeżeli zostały nadane, lub daty urodzenia;
- 4) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

**§ 41.** Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 33.

**§ 42.** Do księgi zabiegów sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 29.

**§ 43.** 1. Pogotowie ratunkowe sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację zbiorczą w formie księgi pogotowia ratunkowego;
- 2) dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i karty medycznych czynności ratunkowych.

2. Pogotowie ratunkowe, udzielające świadczeń zdrowotnych innych niż wynikające z działalności zespołu ratownictwa medycznego, prowadzi dokumentację właściwą dla charakteru udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**§ 44.** Księga pogotowia ratunkowego, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) datę wezwania - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 3) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 4) oznaczenie podmiotu wzywającego;
- 5) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3 i jego numeru telefonu, jeżeli są znane;
- 6) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia;
- 7) oznaczenie godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 8) oznaczenie godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca wezwania;
- 9) informację o postępowaniu i zaleceniach w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego.
- 10) oznaczenie przyjmującego wezwanie.

**§ 45.** 1. Karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, zwana dalej „kartą zlecenia wyjazdu” zawiera informacje dotyczące:

- 1) oznaczenia:
  - a) pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3,
  - b) dysponenta jednostki, w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.<sup>3)</sup>),
  - c) miejsca wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) przyjęcia wezwania;
- 3) podjęcia decyzji;
- 4) realizacji zlecenia;
- 5) podjęcia medycznych czynności ratunkowych, w tym:
  - a) wywiadu,
  - b) badania,
  - c) rozpoznania,

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

- d) postępowania z pacjentem;
- 6) zgonu pacjenta.
- 2. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.
- 3. Wpisy w karcie zlecenia wyjazdu, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 dokonywane są przez osobę przyjmującą zgłoszenie i opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4.
- 4. Wpisy w karcie zlecenia wyjazdu, o których mowa w ust. 1 pkt 4 - 6, dokonywane są przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, o którym mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.<sup>3)</sup>) i opatrzone jego oznaczeniem, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 46.** 1. Karta medycznych czynności ratunkowych zawiera:

- 1) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 3) informacje dotyczące udzielonych medycznych czynności ratunkowych;
- 4) w przypadku przywiezienia pacjenta do zakładu lub innego podmiotu - wskazanie daty oraz godziny i minuty tego przywiezienia w systemie 24-godzinnym;
- 5) oznaczenie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z § 7 pkt 4.

2. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

3. Karta medycznych czynności ratunkowych wydawana jest pacjentowi, a w przypadku przewiezienia pacjenta do zakładu – przekazywana do tego zakładu.

**§ 47.** Pracownia diagnostyczna będąca odrębnym zakładem prowadzi księgę pracowni diagnostycznej w sposób, o którym mowa w § 33.

**§ 48.** 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację w formie księgi pracowni oraz indywidualnych kart zleceń.

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 4) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a, b, d;
- 5) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia;
- 6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 7) rodzaj zleczonej pracy.

3. Indywidualna karta zlecenia zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:

- 1) opis zleczonej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o użytych materiałach;
- 3) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 4) oznaczenie kierownika pracowni, zgodnie z § 7 pkt 4.

4. Do karty dołącza się zlecenie lekarza.

**§ 49.** 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz karty pacjentów, którym udzielane są świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie zakładu, zgodnie z § 7 pkt 1;
- 2) nazwę komórki organizacyjnej i jej kod resortowy;
- 3) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007.

<sup>4)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, z 2006 r. Nr 145, poz. 1050 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97.

- 5) datę zabiegu;
  - 6) oznaczenie lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d;
  - 7) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
  - 8) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
  - 9) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu zabiegowego udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 7 pkt 4.
3. Do księgi dołącza się zlecenie lekarza.

### Rozdział 3

#### **Dokumentacja prowadzona przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej**

**§ 50.** 1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej, zwanych dalej „praktyką lekarską” prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie: historii zdrowia i choroby, karty przebiegu porodu domowego;
- 2) zewnętrzną w formie: skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia i opinii lekarskiej.

**§ 51.** 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

2. Historia zdrowia i choroby zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 2) oznaczenie lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 7 pkt 4 oraz dodatkowo numer wpisu do rejestru, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską,
- 3) informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach;
- 4) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych;
- 5) ocenę środowiskową.

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 37 ust. 2.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 37 ust. 3.

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące:

- 1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem;
- 2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania,

- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

**§ 52.** 1. Kartę przebiegu porodu domowego zakłada się w przypadku przyjmowania przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej porodu poza zakładem opieki zdrowotnej.

2. Karta przebiegu porodu domowego zawiera:

- 1) oznaczenie pacjentki, zgodnie z § 7 pkt 3 oraz oznaczenie grupy krwi;
- 2) datę rozpoczęcia opieki nad pacjentką – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) informację o zastosowanych lekach;
- 4) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 5) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 6) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 7) informację na temat sposobu zakończenia porodu;
- 8) dane dotyczące noworodka:

- a) płeć,
- b) masę ciała,
- c) długość ciała,
- d) ocenę według skali Apgar;
- 9) datę zakończenia opieki nad pacjentką lub powierzenia opieki nad pacjentką innemu podmiotowi – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 10) oznaczenie lekarza przyjmującego poród, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 53.** Do prowadzenia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 38.

## Rozdział 4

### **Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, położnej albo grupowej praktyki pielęgniarki, położnej**

**§ 54.** Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki albo grupowej praktyki pielęgniarki, zwanych dalej „praktyką pielęgniarki” prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie:
  - a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
  - b) karty wywiadu środowiskowo – rodzinnego.
- 2) zewnętrzną w formie: opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

**§ 55.** Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej albo grupowej praktyki położnej, zwanych dalej „praktyką położnej” prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie:
  - a) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
  - b) karty wizyty patronażowej,
  - c) karty przebiegu porodu domowego;
- 2) zewnętrzną w formie: karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów

**§ 56.** 1. Kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej, kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

2. Kartę przebiegu porodu domowego zakłada się w przypadku przyjmowania przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej porodu poza zakładem opieki zdrowotnej.

**§ 57.** 1. Dokumentacja, o której mowa w § 54 pkt 1 oraz w § 55 pkt 1 zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 2) oznaczenie pielęgniarki lub położnej udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 7 pkt 4 oraz dodatkowo numer wpisu praktyki pielęgniarki lub położnej do rejestru, prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;
- 3) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 7 pkt 4 lit a - d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich;
- 4) informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;
- 5) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 6) informacje dotyczące oceny środowiskowej.

2. Dokumentacja, o której mowa w § 54 pkt 1 oraz w § 55 pkt 1 w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 37 ust. 2.

3. Dokumentacja, o której mowa w § 54 pkt 1 oraz w § 55 pkt 1 w części dotyczącej porad

ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 37 ust. 3 pkt 1, 2, 3 i 7.

4. Dokumentacja, o której mowa w § 54 pkt 1 oraz w § 55 pkt 1 w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

**§ 58.** Karta przebiegu porodu domowego zawiera:

- 1) oznaczenie pacjentki zgodnie z § 7 pkt 3 oraz grupy krwi;
- 2) datę rozpoczęcia opieki nad pacjentką – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) informację o zastosowanych lekach;
- 4) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 5) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 6) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) informację na temat sposobu zakończenia porodu;
- 8) dane dotyczące noworodka:
  - a) płeć,
  - b) masę ciała,
  - c) długość ciała,
  - d) ocenę według skali Apgar;
- 9) datę zakończenia opieki nad pacjentką lub powierzenia opieki nad pacjentką innemu podmiotowi – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) oznaczenie położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 7 pkt 4.

**§ 59.** Do prowadzenia przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 38.

## **Rozdział 5**

### **Dokumentacja prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę, higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania.**

**§ 60.** 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, udzielający świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania prowadzi dokumentację indywidualną w formie karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia.

2. Pielęgniarka, higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania prowadzi indywidualną dokumentację ucznia oraz dokumentację zbiorową odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.

**§ 61.** Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera:

- 1) oznaczenie osób udzielających świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 2) oznaczenie ucznia, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 3) imiona i nazwiska oraz adres zamieszkania rodziców lub opiekunów prawnych ucznia;
- 4) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem;
- 5) informacje o problemach zgłaszanych przez rodziców bądź opiekunów prawnych i faktycznych ucznia;
- 6) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiągniętych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacji z rówieśnikami, ewentualnych problemów szkolnych;
- 7) informacje pielęgniarki i higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
- 8) wyniki badania lekarskiego ucznia w szczególności dotyczące wzrastania i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły

podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;

- 9) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeniach w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

**§ 62.** Indywidualna dokumentacja ucznia zawiera:

- 1) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania, zgodnie z § 7 pkt 4;
- 2) oznaczenie ucznia, zgodnie z § 7 pkt 3;
- 3) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania rodziców lub opiekunów prawnych ucznia;
- 4) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;
- 5) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;
- 6) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.

**§ 63.** Dokumentacja zbiorcza uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:

- 1) imiona i nazwiska uczniów i daty urodzenia;
- 2) adnotację o przeprowadzeniu testów przesiewowych;
- 3) informacje o działaniach profilaktycznych, w tym dotyczących profilaktyki stomatologicznej.

## **Rozdział 6**

### **Przechowywanie dokumentacji**

**§ 64.** 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.

2. Dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

**§ 65.** 1. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

2. Za zapewnienie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub utratą oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki jest odpowiedzialny lekarz, pielęgniarka, położna, a w przypadku zakładu – jego kierownik.

**§ 66.** Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot, a w zakładzie - kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu w porozumieniu z kierownikiem zakładu.

**§ 67.** 1. Po upływie okresów przechowywania określonych w art. 29 ust. 1 ustawy dokumentacja, z zastrzeżeniem przepisów o narodowym zasobie archiwalnym, zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

2. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta - osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem, o czym podmiot obowiązany jest poinformować pacjenta albo te osoby.

3. Do zniszczenia dokumentacji stanowiącej państwowy zasób archiwalny stosuje się przepisy o narodowym zasobie archiwalnym.

**§ 68.** 1. W przypadku likwidacji zakładu dokumentacja archiwalna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez:

- 1) podmiot, który utworzył zakład,
- 2) organ prowadzący rejestr zakładów, jeżeli wykreślenie zakładu z rejestru nastąpi w trybie i na zasadach określonych w art. 15 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej

- w rejestrze zakładów prowadzonym odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo

województwo.

2. Jeżeli zadania zlikwidowanego zakładu przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje dokumentację zakładu zlikwidowanego.

**§ 69.** 1. W przypadku zaprzestania wykonywania odpowiednio zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki lub położnej w ramach praktyki pielęgniarki lub położnej, dokumentację wydaje się na wniosek podmiotów, o których mowa w § 71, za pokwitowaniem.

2. O możliwości wydania dokumentacji w przypadku, o którym mowa w ust. 1 lekarz, pielęgniarka, położna jest obowiązany poinformować pacjenta albo te osoby.

**§ 70.** 1. W przypadku śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską albo indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską dokumentacja jest przejmowana przez okręgową izbę lekarską, prowadzącą rejestr, do którego była wpisana indywidualna praktyka lekarska albo indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.

2. W przypadku śmierci pielęgniarki, położnej prowadzącej indywidualną praktykę pielęgniarki, położnej albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki, położnej dokumentacja jest przejmowana przez okręgową izbę pielęgniarek, położnych prowadzącą rejestr, do którego była wpisana indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych albo indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarek, położnych.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 i 2, dokumentacja jest wydawana na wniosek podmiotów, o których mowa w § 71 za pokwitowaniem. O możliwości wydania dokumentacji odpowiednio okręgową izbą lekarską albo okręgową izbą pielęgniarek i położnych informuje te podmioty.

4. Dokumentacja medyczna, niewydana w sposób określony w ust. 3, jest przechowywana odpowiednio przez okręgową izbę lekarską albo okręgową izbę pielęgniarek i położnych prowadzącą rejestr, o którym mowa w ust. 1 i 2.

## **Rozdział 7**

### **Udostępnianie dokumentacji**

**§ 71.** Dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w razie śmierci pacjenta - osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

**§ 72.** 1. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

2. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. Przepisu nie stosuje się, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

## **Rozdział 8**

### **Dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej**

**§ 73.** 1. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane w formie elektronicznej pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji;
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą;
- 4) rejestrowania historii zmian i ich autorów.

2. System informatyczny służący do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej powinien umożliwiać wygenerowanie dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1, w formie papierowej.

**§ 74.** 1. Sporządzenie i podpisanie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na informatycznym nośniku danych i podpisaniu tych danych, zgodnie z ustawą z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.<sup>4)</sup>).

2. W celu zachowania czytelności i standaryzacji zapisu danych dokumentacja, o której mowa w ust. 1, powinna być sporządzona w formacie XML.

3. Dla oznaczenia daty sporządzenia dokumentu, złożenia podpisu na dokumencie oraz w celu zachowania chronologii wpisów w dokumentacji zbiorczej wewnętrznej stosuje się znacznik czasu.

4. W przypadku gdy do dokumentacji konieczne jest załączenie innych dokumentów, w tym wyników badań, zdjęć radiologicznych oraz dokumentów podpisanych odręcznie, osoba uprawniona przenosi te dokumenty na informatyczny nośnik danych, potwierdza zgodność z oryginałem materiałów przetworzonych do formy elektronicznej, opatrując je własnym podpisem elektronicznym, a następnie umieszcza w elektronicznych zbiorach danych w sposób zapewniający dostęp i powiązanie pomiędzy dokumentami.

5. W przypadku gdy do dokumentacji konieczne jest dołączenie materiałów w formie fizycznej, materiały te oznacza się w sposób zapewniający powiązanie z dokumentacją prowadzoną w formie elektronicznej.

6. W sprawach nieuregulowanych stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

**§ 75.** Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na jej zapisaniu na informatycznym nośniku danych w sposób zapewniający sprawdzenie jej integralności, możliwość weryfikacji podpisu elektronicznego lub danych identyfikujących oraz możliwość odczytania wszystkich informacji zawartych w tej dokumentacji aż do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

**§ 76.** 1. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej następuje przez:

- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną kopią dokumentacji;
- 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
- 3) przekazanie papierowych wydruków - na żądanie podmiotów lub organów, o których mowa w § 71.

2. Dokumentację prowadzoną w formie elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

3. Dokumentacja udostępniana podmiotom lub organom, o których mowa w § 71, powinna być opatrzona bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu.

4. Dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej, a udostępniana podmiotom, o których mowa w ust. 3, w formie papierowych wydruków powinna być opatrzona oznaczeniem osoby uprawnionej, zgodnie z § 7 pkt 4.

5. Podmiot, któremu udostępniono dokumentację w sposób, o którym mowa w ust. 4, potwierdza otrzymanie tej dokumentacji czytelnym podpisem odręcznym lub podpisem elektronicznym. Przepis § 74 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

6. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 67 ust. 2, 69 i 70 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1-5.

**§ 77.** 1. Przechowywana w formie elektronicznej może być tylko dokumentacja, która została utrwalona zgodnie z § 75.

2. W czasie przechowywania dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej zapewnia się ustalenie daty jej utrwalenia.

3. Jeżeli okres trwałości zapisu na informatycznym nośniku danych, określony przez producenta tego nośnika, jest krótszy od wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, wówczas utrwaloną na nośniku dokumentację należy przenieść na inny informatyczny nośnik danych przed upływem gwarantowanego przez producenta okresu trwałości zapisu. Informatyczny nośnik danych, z którego przeniesiono zapis, podlega modyfikacji w celu uniemożliwienia odtworzenia dokumentacji.

4. Po upływie wymaganego okresu przechowywania dokumentację prowadzoną w formie elektronicznej usuwa się w sposób nieodwracalny.

5. Nośnik i format zapisu oraz system informatyczny używany do przechowywania dokumentacji powinien umożliwiać pełny dostęp do tej informacji w okresie określonym w ustawie.

6. Przechowywanie dokumentacji w formie elektronicznej opatrzonej właściwym rodzajem podpisu elektronicznego powinno być realizowane zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym.

**§ 78.** 1. Zbiory informacji objętych dokumentacją prowadzoną w formie elektronicznej powinny być sporządzane z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia przenoszących normy europejskie lub normy

innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszących te normy.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszących te normy uwzględnia się:

- 1) normy międzynarodowe;
- 2) Polskie Normy;
- 3) europejskie normy tymczasowe.

**§ 79.** 1. Dokumentację prowadzoną w formie elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) zapewniona jest jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
- 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
- 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

2. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej wymaga w szczególności:

- 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
- 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów.

3. Ochronę informacji prawnie chronionych zawartych w dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej realizuje się z odpowiednim stosowaniem zasad określonych w odrębnych przepisach.

## **Rozdział 8**

### **Przepis końcowy**

**§ 79.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>5)</sup>

**MINISTER ZDROWIA**

---

<sup>5)</sup> Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1135), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 83, poz. 903) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 147, poz. 1437) zachowane w mocy na podstawie art. 17 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641)

## Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

(Dz.U. Nr....., poz.....)

### Załącznik nr 1

#### **KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH**

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego.

2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).

3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

**Załącznik nr 2**

**Załącznik nr 3**

## Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641). Zgodnie z brzmieniem upoważnienia w rozporządzeniu zawarte zostały regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, tzn. zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych oraz jednostkę badawczo-rozwojową, o której mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 159, poz. 993). W związku z powyższym, w projekcie uwzględniono zakres przedmiotowy regulowany dotychczas w rozporządzeniach:

- 1) Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819, z późn. zm.);
- 2) Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 83, poz. 903);
- 3) Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 147, poz. 1437).

Ponadto, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 139, poz. 1133), uregulowano w projekcie rozporządzenia zagadnienie dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania.

Rozwiązania merytoryczne przyjęte w przedkładanym projekcie rozporządzenia w dużej mierze pokrywają się z dotychczasowymi regulacjami tej materii zawartymi w ww. aktach prawnych. Wprowadzono natomiast zmiany porządkujące zagadnienia dotyczące dokumentacji medycznej, a także zmiany polegające na ujednoczeniu rodzajów dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy (pielęgniarki, położne) udzielających świadczeń zdrowotnych

w zakładzie opieki zdrowotnej oraz w ramach praktyk indywidualnych i grupowych. Nie ma bowiem uzasadnienia dla różnicowania tego zagadnienia w zależności od formy organizacyjno – prawnej, w jakiej udzielane są świadczenia zdrowotne.

W zakresie szczegółowych regulacji jako najistotniejsze wskazać należy następujące zmiany w stosunku do obecnie obowiązujących.

1) Doprecyzowane zostały przepisy określające zakres danych umożliwiających identyfikację:

- a) osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, przez dodanie wymogu, aby wpisy w dokumentacji medycznej opatrzone były nie tylko podpisem, ale także danymi identyfikującymi tę osobę;
- b) pacjenta, przez dodanie wymogu wpisywania numeru PESEL na każdej stronie dokumentacji medycznej - ze względu na fakt, iż to samo imię i nazwisko może nosić więcej niż jeden pacjent.

2) W rozdziale 2 uregulowano całość zagadnień dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej, zarówno udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych.

3) W zakresie dokumentacji prowadzonej w szpitalach przyjęto zasadę, iż do dokumentowania porad ambulatoryjnych udzielanych w komórce organizacyjnej szpitala stosuje się przepisy o dokumentacji prowadzonej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych. Nie ma bowiem uzasadnienia dla odrębnego regulowania tej kwestii dla poradni przyszpitalnych. Takie same regulacje proponuje się wprowadzić dla dokumentowania świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom, których czas hospitalizacji nie przekracza 24 godzin. Ponadto, proponuje się dodanie przepisu umożliwiającego dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby, w przypadku gdy stan zdrowia pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej komórce organizacyjnej szpitala. Znacznie ułatwi to prowadzenie dokumentacji medycznej w przypadkach osób chorych przewlekłe (np. na nowotwory), które wielokrotnie przyjmowane są i leczone w trybie dziennym, bez potrzeby pozostawania w szpitalu przez okres dłuższy niż 24 godziny. W tych przypadkach, uzasadnione wydaje się odstępianie od zakładania każdorazowo odrębnej historii choroby. W uzupełnieniu tego przepisu, dodano regulację dotyczącą dokonywania wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów – w ww. przypadku numer kolejny pacjenta byłby nadawany tylko raz.

4) Wśród dokumentacji zbiorczej wewnętrznej prowadzonej w szpitalu wyodrębniono księgę bloku porodowego lub sali porodowej oraz określono zakres danych, jakie powinna ona zawierać, a do katalogu dokumentów dodatkowych składających się na historię choroby dodano

kartę obserwacji porodu. Zmiany powyższe uzasadnione są potrzebą dokumentowania przebiegu porodu, który nie odbywa się metodą operacyjną.

5) Wprowadzono kartę monitorowania bólu, w której odnotowywane będą informacje na temat stopnia natężenia bólu oraz działaniach podejmowanych w celu zapobiegania lub uśmierzenia bólu u poszczególnych pacjentów.

6) Doprecyzowane i uporządkowane zostały, z uwzględnieniem potrzeb praktycznego stosowania dokumentacji medycznej, regulacje dotyczące informacji i danych zawartych w historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala. W szczególności zrezygnowano z wpisywania do historii choroby danych lekarza kierującego na leczenie lub badanie oraz ustalonego przez niego rozpoznania. Informacje te zawarte są w skierowaniu do szpitala i nie ma potrzeby ich przepisowywania. Wystarczającym rozwiązaniem wydaje się załączenie skierowania do dokumentacji medycznej. Dodatkowo określono, jakie informacje powinno ono zawierać.

7) Aktualnie obowiązujące przepisy wymagają podawania w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego rozpoznania w języku polskim. Rozwiązanie to, wprowadzone w 2006 r., proponuje się w obecnym projekcie zmodyfikować, poprzez dodanie przepisu umożliwiającego w niektórych przypadkach wpisywanie rozpoznania w języku łacińskim. Powinien być on jednak traktowany jako wyjątek od zasady i stosowany tylko w bardzo szczególnych przypadkach, gdy wymaga tego dobro pacjenta. Jako zasadę należy przyjąć, iż pacjent ma prawo do pełnej, podanej w przystępny sposób informacji o swoim stanie zdrowia.

8) Zrezygnowano z uregulowania w rozporządzeniu karty zdrowia dziecka, w której – na podstawie obecnie obowiązujących przepisów – odnotowuje się czynności wykonane zgodnie z odrębnymi przepisami. Ze względu na brak przepisów odrębnych w tym zakresie, przepis ten pozostaje martwy.

9) Dodano dokument o nawie księga noworodków, co wynika z konieczności usystematyzowania zbierania danych o dzieciach urodzonych w szpitalu. W praktyce zdarzało się, iż dzieci zdrowe urodzone w szpitalu nie były rejestrowane w żadnej dokumentacji szpitala. W księdze rejestrowane powinny być wszystkie urodzenia, które miały miejsce w szpitalu.

10) W zakresie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach systemu ratownictwa medycznego, uznano za celowe i zasadne bardzo szczegółowe określenie zawartości dokumentacji medycznej w tym zakresie, tzn. karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego oraz karty medycznych czynności ratunkowych. W związku z powyższym, proponuje się wzory tych dokumentów stanowiące załączniki nr 2 i 3 do rozporządzenia.

11) W rozdziale 3 i 4 zamieszczone zostały przepisy regulujące dokumentację medyczną

prowadzoną odpowiednio przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne, udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarek, położnych. Zgodnie z przyjętym założeniem, regulacje te ujednocicone zostały z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a regulacje odmienne wprowadzone są tylko w niezbędnym zakresie, wynikającym ze specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych w tej formie.

12) Nowym rodzajem dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy oraz położne udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej jest karta przebiegu porodu domowego. Rozwiązanie to wypełnia lukę prawną w zakresie dokumentowania, dopuszczalnych prawnie, świadczeń zdrowotnych polegających na przyjmowaniu porodu w warunkach domowych. Określono jednocześnie dane i informacje, jakie karta taka powinna zawierać.

13) Rozdział 5 reguluje kwestie dokumentacji prowadzonej przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania. Z dniem 31 sierpnia 2009 r. utraciło moc prawną rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814, z późn. zm.), w którym kwestie te były odrębnie uregulowane. Nowe rozporządzenie w tej sprawie odsyła w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej uczniów do przepisów o dokumentacji medycznej. Stąd potrzeba dodania stosownych przepisów w niniejszym projekcie.

14) Rozdział 6 dotyczy przechowywania dokumentacji medycznej i zawiera przepisy obowiązujące wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Wzorowane są one na dotychczas obowiązujących regulacjach. Nowe są natomiast przepisy określające sposób postępowania z dokumentacją medyczną w przypadku śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Kwestia ta wymaga uregulowania, gdyż ze względu na szczególną wagę informacji o stanie zdrowia i konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej, dokumentacja medyczna wymaga specjalnego traktowania i ochrony, na co zwracał uwagę także Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych oraz Rzecznik Praw Obywatelskich.

W związku z powyższym, proponuje się dodanie przepisu, który obowiązek przejęcia dokumentacji medycznej w takich przypadkach nakłada na właściwą okręgową izbę lekarską, która informuje pacjentów o możliwości odebrania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza, a następnie wydaje ją zgłaszającym się pacjentom. W izbie pozostaje i jest przechowywana przez wymagany prawem okres tylko ta dokumentacja, po którą nie zgłosił się uprawniony podmiot. Rozwiązanie takie spowoduje z jednej strony znaczne ograniczenie liczby

dokumentów, których przechowywanie będzie obowiązkiem okręgowej izby lekarskiej, z drugiej umożliwi pacjentom odebranie oryginałów dokumentacji medycznej, która często jest im niezbędna w celu kontynuowania leczenia u innego lekarza.

Analogicznie uregulowane zostało postępowanie z dokumentacją pielęgniarki, położnej w przypadku jej śmierci.

15) Zasady udostępniania dokumentacji medycznej organom i podmiotom uprawnionym reguluje w znacznej mierze ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozdziale 7 rozporządzenia uszczegółowiono natomiast sposób tego udostępniania.

16) Rozdział 8 rozporządzenia zawiera regulacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Wzorowane są one na przepisach dotyczących obecnie zakładów opieki zdrowotnej, a na podstawie niniejszego rozporządzenia możliwe będzie ich stosowanie także do innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Umożliwi im to prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, bez konieczności przechowywania papierowych wydruków oraz określi warunki, na jakich takie działanie będzie możliwe.

17) W załączniku do rozporządzenia przeredagowano definicję martwego urodzenia, rezygnując z posługiwania się pojęciem zgonu płodu. Określenia występujące w rozporządzeniu zostały w ten sposób dostosowane do nazewnictwa innych aktów prawnych w tym zakresie, w szczególności ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego.

Zagadnienia regulowane w rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

## Ocena Skutków Regulacji

### **1) Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie.**

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz pacjentów.

### **2) Konsultacje społeczne.**

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarki Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

### **3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

### **4) Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

### **5) Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

**6) Wpływ na sytuację i rozwój regionalny.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

**7) Wpływ regulacji na zdrowie ludności.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludności.

**8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

**9) Wpływ na środowisko.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.