

Łódź, 26.08.2021 r.

L9000.0152.3.2021.AM.

Ogłoszenie

o zamiarze brakowania (zniszczenia) dokumentacji medycznej

Uprzejmie informujemy, że zgodnie z art. 29 ust.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta planowane jest brakowanie (zniszczenie) następującej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjentów leczonych w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi (dawniej: w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi).

Dokumentacja podlegająca brakowaniu (o zakwalifikowaniu dokumentacji do zniszczenia decyduje wiek pacjenta oraz ostatnia data wizyty w poradni lub data zakończenia pobytu w szpital) zostaną zniszczone w dniu 21.09.2021 r.

Dokumentacja wytworzona:

w Zespole Opieki Zdrowotnej Matki i Dziecka im. J. Korczaka, Łódź, al. J. Piłsudskiego 71.

Obecnie:

Ośrodek Pediatryczny im. J. Korczaka, Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

- 1) Historie chorób dzieci (urodzonych przed 1997 r):
-> których leczenie w poradni zakończono w 2000 r.
-> które były hospitalizowane w 2000 r.
- 2) Historie chorób dzieci (urodzonych przed 1996-1997 r.):
 - a) których leczenie w poradni zakończono w 1998 r.
 - b) które były hospitalizowane w 1998 r.

Pacjent, przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta mają prawo odbioru dokumentacji przeznaczonej do brakowania.

Osoby zainteresowane odbiorem ww. dokumentacji będą mogły ją odebrać po uprzednim złożeniu wniosku do dnia 17.09.2021 r.

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej pod adresem: www.szpitale.lodzkie.pl/kopernik w zakładce dla pacjenta.

Dodatkowo informacje można uzyskać w Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych, pokój 109, lub pod numerem tel. 42 677 62 06 w godz. 8⁰⁰ – 14³⁰.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi
mgr inż. Andrzej Kasprzyk

Str. 1 z 2

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957



Informacje dodatkowe:

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o który mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji, sąd bada:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Łódź, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
I. WNIOSKODAWCA:

Imię																						
Nazwisko																						
Adres zamieszkania																						
Pesel	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					Telefon kontaktowy

II. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY PACJENTA: *

Imię																						
Nazwisko																						
Pesel	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI:

Nazwa oddziału/ poradni/ zakładu	
Okres pobytu (data pobytu/ wizyty)	
Rodzaj dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> Historia choroby <input type="checkbox"/> Karta informacyjna z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> Wyniki badań diagnostycznych (jakich?) <input type="checkbox"/> Inne(jakie?)
Powód udostępnienia dokumentacji medycznej w celu ustalenia zasad odpłatności	
Forma udostępnienia dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> wgląd do dokumentacji medycznej (w tym możliwość sporządzenia notatek/ zdjęć) <input type="checkbox"/> wydanie oryginału dokumentacji medycznej (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu zgodnie z powodem udostępnienia)** <input type="checkbox"/> wydanie**: <input type="checkbox"/> wyciągu <input type="checkbox"/> odpisu <input type="checkbox"/> kopii UWAGA! Wydruk oraz elektroniczny nośnik dotyczy wyłącznie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej.
Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> odbiór osobisty <input type="checkbox"/> osoba upoważniona <input type="checkbox"/> przesyłka pocztowa: *** <input type="checkbox"/> na adres wskazany w pkt. I <input type="checkbox"/> inny adres (jaki?)

 czytelny podpis Wnioskującego

 data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Legenda:

* wypełnić w przypadku, gdy Wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z jego upoważnienia

** wydaje się tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

*** Wnioskodawca zobowiązuje się do wniesienia opłaty za wydanie dokumentacji w wybranej formie zgodnie z obowiązującym w Centrum cennikiem (art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1318, z późn. zm.), a w przypadku przesyłki pocztowej, dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki „za pobraniem”.

 - wstaw znak „X” we właściwym miejscu

Uwaga – bezpłatne udostępnienie kopii dokumentacji – dotyczy tylko elementów/stron dokumentacji udostępnionej po raz pierwszy.

DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZGODA ODMOWA********** UWAGA!**

W przypadku odmowy wydania dokumentacji medycznej konieczne jest podanie przyczyny odmowy na piśmie.

Przyczyna odmowy wydania dokumentacji medycznej:

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

.....
podpis i pieczęć Dyrektora/ osoby upoważnionej

Nowy adres do korespondencji (w przypadku zmiany):

.....
.....

.....
czytelny podpis Wnioskującego

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
data odbioru, czytelny podpis odbierającego

.....
data, czytelny podpis osoby wydającej dokumentację