



Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Dokumentację każdego z nas – pacjentów przechowuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowi, że konkretnym podmiotem przechowującym dokumentację wewnętrzną, jest podmiot, który ją sporządził, a dokumentację zewnętrzną w postaci skierowań – podmiot, który na ich podstawie zrealizował konkretne świadczenie. Dane zawarte w dokumentacji medycznej, to dane o szczególnym charakterze. To prywatne dane każdego pacjenta i są one objęte ochroną konstytucyjną.

Dostęp do dokumentacji medycznej o swojej osobie przysługuje każdemu pacjentowi. Udostępnić ją można jemu osobiście, ale także jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Żeby uzyskać wgląd do swojej dokumentacji, wystarczy złożyć wniosek o jej udostępnienie do odpowiedniej placówki, która jest w ich posiadaniu. Wniosek ten może być złożony pisemnie, ale równie dobrze ustnie, czy za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Pierwszą kopię zawsze udostępnia się pacjentowi za darmo. Wniosku nie trzeba uzasadniać, podmiot leczniczy nie może żądać od pacjenta podania celu, w jakim chce on uzyskać dostęp do swojej dokumentacji medycznej.

Podmiot leczniczy zobowiązany jest, na żądanie osoby uprawnionej, udostępnić daną dokumentację medyczną możliwie jak najszybciej. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie mogą uzależniać wydania dokumentacji medycznej od decyzji osoby lekarza, czy osoby kierującej tą placówką. Jeśli chodzi natomiast o wydanie

wyników badań, to nie można go uzależniać od wcześniejszej wizyty u lekarza, który zlecił ich wykonanie.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana różnorodnie. Udostępnia się ją po pierwsze do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć. Możliwe jest również udostępnienie dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej oraz na informatycznym nośniku danych. Można sporządzić także jej wyciągi, odpisy, kopie, czy wydruki. Jeśli chodzi o oryginały, to wydaje się je 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.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej, stosownie do wyboru podmiotu, który udziela świadczeń zdrowotnych. Natomiast są pewne kategorie dokumentów, które muszą być sporządzane w postaci elektronicznej. Dokumentacja przechowywana jest co do zasady przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Wyjątek stanowią, chociażby zdjęcia rentgenowskie, które przechowuje się przez 10 lat. Po upływie tego okresu dokumentacje się niszczy, ale też istnieje możliwość przekazania jej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta. Natomiast w przypadku, w którym dany podmiot leczniczy zaprzestaje wykonywania działalności, dokumentacja przekazywana jest podmiotowi, który przejął jego zadania.

Artykuł powstał w ramach realizowanego przez Stowarzyszenie CIVIS SUM zadania publicznego pt. „Prowadzenie punktu nieodpłatnej pomocy prawnej oraz realizacja zadań z zakresu edukacji prawnej na terenie Powiatu Żagańskiego w 2023 r.” finansowanego ze środków przekazanych przez Powiat Żagański.