

Czy jako pacjent (przedstawiciel ustawowy pacjenta) mam prawo do dokumentacji medycznej?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, Pacjent (lub przedstawiciel ustawowy pacjenta, bądź osoba przez pacjenta upoważniona) może żądać udostępnienia dokumentacji medycznej (art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.). Ust. 2 art. 26 stanowi, iż po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Zgodnie z art. 27 pkt 2 w/w ustawy jedną z form udostępniania dokumentacji jest udostępnienie poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii na koszt osoby wnioskującej, czyli: pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, bądź osoby przez pacjenta upoważnionej). Maksymalna wysokość opłaty za: jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych; jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1; sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.) W lipcu 2009 roku wysokość opłaty wynosiła około 62 groszy za stronę).

Należy podkreślić, iż zakresem przedmiotowego udostępnienia objęta jest dokumentacja indywidualna wewnętrzna, a dokumentacja zbiorcza jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta (§ 53 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. z 2006 r. Nr 247 poz. 1819 z późn. zm.). Jeżeli chodzi o tzw. kartę informacyjną wyjaśnić należy, iż zgodnie z § 16 ust. 1. w/w rozporządzenia Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w jednym egzemplarzu z dwiema kopiami. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wraz z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta (§ 16 ust. 4. w/w rozporządzenia).

Dodać należy, iż zgodnie z § 16 ust. 2 pkt 1. w/w rozporządzenia w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać m.in.: rozpoznanie choroby w języku polskim.

Źródło: www.bpp.gov.pl