Załącznik do uchwały nr 130/2018

z dnia 29.06.2018 r.

w sprawie zaopiniowania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Raciborskiego Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Rada Społeczna pozytywnie opiniuje wprowadzenie następujących zmian w Regulaminie Organizacyjnym Raciborskiego Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1) § 2 otrzymuje brzmienie:

Regulamin opracowano w oparciu o przepisy:

1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2018.160 ze zm.) i przepisów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy,
2) Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U.2018.994 ze zm.),
3) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2017.1938 ze zm.),
4) § 8 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069),
5) Uchwały Nr XLV/694/2006 Rady Miasta Racibórz z dnia 16 sierpnia 2006 r. w sprawie utworzenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej pod nazwą „Raciborskie Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych",
6) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2017.1318 ze zm.)
7) Uchwały Nr XXXI/43/2017 Rady Miasta Racibórz z dnia 30 sierpnia 2017 r. w sprawie nadania *statutu Raciborskiemu Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*

2) Załączniki do Regulaminu Organizacyjnego otrzymują brzmienie:

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego (Uchwała nr 130/2018)

Racibórz, dn.....

imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

PESEL

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE PACJENTA:
Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej

Niniejszym oświadczam, że zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz.U.2017.1318) oświadczam co następuje:

1. Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest: *

1.....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

2. Nie upoważniam nikogo* / Osobą upoważnioną* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy jest: *

1.....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....

czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie

*** niepotrzebne skreślić**

Podstawa prawna:

1. art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz.U.2017.1318),
2. § 8 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069).

Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego (Uchwała nr 130/2018)

Racibórz, dn.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

PESEL

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE PACJENTA:
Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

☐ * Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

☐ * Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

1. .....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

2. .....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

Ponadto oświadczam, że zostałem poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie

*** niepotrzebne skreślić**

Podstawa prawna:

1. art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz.U.2017.1318),
2. §8 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069).

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego (Uchwała nr 130/2018)

Racibórz dn.....r.

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DOTYCZĄCEGO:

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

.....
(data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zameldowania)

Ja, _____ (imię i nazwisko), _____
(PESEL)

nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie **do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych:**

1._____
Nazwisko i imię, PESEL, adres, tel. kontaktowy lub inne dane umożliwiające kontakt

2. _____
Nazwisko i imię, PESEL, adres, tel. kontaktowy lub inne dane umożliwiające kontakt

---

Jednocześnie nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie **do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mojego dziecka:**

1)_____
Nazwisko i imię, PESEL, adres, tel. kontaktowy lub inne dane umożliwiające kontakt

2)_____
Nazwisko i imię, PESEL, adres, tel. kontaktowy lub inne dane umożliwiające kontakt

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana *ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na* wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

Racibórz dn.....

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....
Adres zamieszkania

PESEL

.....
Rodzaj i seria dowodu tożsamości

SPZOZ Raciborskie Centrum
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Ul. Rzeźnicza 8
47-400 Racibórz

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu/wydanie* kopii/odpisu* dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Raciborskiego Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawny dotyczącej:

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania.....

PESEL

Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej objętej wnioskiem:

.....

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U.2018.160) przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz.U.2017.1318) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

*** niepotrzebne skreślić**

.....
Czytelny podpis pacjenta/osoby upoważnionej
przez pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

.....
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data odbioru i czytelny podpis osoby odbierającej

Załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego (Uchwała nr 130/2018)

Racibórz dn.....

.....
pieczęć podmiotu

ZAŚWIADCZENIE

Raciborskie Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaświadcza, że Pan/Pani.....ur.....
zamieszkały/a.....
oczekuje w kolejce na rehabilitację ambulatoryjną*/domową* w Poradni Rehabilitacyjnej.
Planowany termin rozpoczęcia zabiegów.....

.....
Czytelny podpis osoby wydającej zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego (Uchwała nr 130/2018)

Racibórz dn.....

.....
pieczęć podmiotu

ZAŚWIADCZENIE

Raciborskie Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaświadcza, że Pan/Pani.....ur.....
zamieszkały/a.....
w terminie od.....do.....korzystał/a z zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych w naszej placówce.

.....
Czytelny podpis osoby wydającej zaświadczenie

3) Pozostałe zapisy regulaminu pozostają bez zmian.

Przewodnicząca
Rady Społecznej RCRON

Iwona Trzeciakowska