

REGULAMIN ORGANIZACYJNY PODMIOTU LECZNICZEGO

Data wejścia w życie: 01.09.2026

Ustalony i zatwierdzony przez: Kierownika Podmiotu Leczniczego, zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej

Numer dokumentu: RO-01/2026

METRYKA DOKUMENTU

Nazwa Podmiotu Leczniczego:

Łódzkie Centrum Fizjoterapii

Adres siedziby:

Zielona 29, 90-602 Łódź

Numer księgi rejestrowej RPWDL:

000000307184

NIP: **726-271-96-29**

REGON: **544373613**

Telefon:

+ 48 799 226 677

Adres poczty elektronicznej:

kontakt@lodzkiecentrumfizjoterapii.pl

Adres strony internetowej:

www.łódzkiecentrumfizjoterapii.pl

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§1. Przedmiot Regulaminu

1. Firma albo nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
Łódzkie Centrum Fizjoterapii sp. z o.o.
 2. Nazwa zakładu leczniczego, za pomocą którego wykonywana jest działalność lecznicza:
Łódzkie Centrum Fizjoterapii
 1. Regulamin Organizacyjny określa sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Podmiot, w tym elementy wymagane w art. 24 ustawy o działalności leczniczej: firmę albo nazwę Podmiotu, cele i zadania, strukturę zakładu leczniczego, rodzaj działalności i zakres świadczeń, miejsca ich udzielania, przebieg procesu udzielania świadczeń, organizację i współdziałanie jednostek i komórek, współpracę z innymi podmiotami, zasady odpłatności, opłaty oraz sposób kierowania strukturą organizacyjną.
 2. Regulamin jest podstawowym aktem wewnętrznym dotyczącym organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązuje pracowników, osoby wykonujące zawód medyczny, współpracowników, podwykonawców i inne osoby dopuszczone do realizacji zadań Podmiotu – odpowiednio do ich roli, podstawy prawnej działania i zakresu powierzonych czynności.
 3. Postanowienia Regulaminu stosuje się odpowiednio do praktykantów, studentów, stażystów i wolontariuszy, z uwzględnieniem wymaganego nadzoru, podstawy prawnej ich udziału, ochrony tajemnicy oraz zakazu samodzielnego wykonywania czynności wykraczających poza przyznane uprawnienia.
 4. Procedury, instrukcje, polityki i standardy obowiązujące w Podmiocie uszczegóławiają Regulamin i nie mogą być z nim sprzeczne. W razie sprzeczności pierwszeństwo mają przepisy powszechnie obowiązujące, następnie Regulamin, a następnie dokumenty wykonawcze.
-

§2. Charakter działalności

1. Podmiot jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, działającym w formie: Łódzkie Centrum Fizjoterapii sp. z o.o.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane odpłatnie, chyba że przepis prawa, umowa z podmiotem finansującym albo przyjęty program stanowi inaczej. Źródło finansowania nie może obniżać standardu bezpieczeństwa, jakości, poszanowania praw pacjenta ani niezależności decyzji klinicznej.
3. Na dzień zatwierdzenia Regulaminu Podmiot: Łódzkie Centrum Fizjoterapii sp. z o.o. nie realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych. Zawarcie umowy o finansowanie świadczeń wymaga uprzedniego dostosowania organizacji, rejestracji, rozliczeń i postanowień Regulaminu do właściwych przepisów i warunków umowy.
4. Stacjonarne świadczenia zdrowotne są udzielane w miejscu albo miejscach wpisanych do RPWDL: Zielona 29, 90-602 Łódź. Czynności administracyjne mogą być wykonywane także poza miejscem udzielania świadczeń, jeżeli zapewniono zgodność z prawem, poufność i bezpieczeństwo informacji.
5. Świadczenia w miejscu pobytu pacjenta albo w formie wyjazdowej mogą być udzielane wyłącznie wtedy, gdy odpowiadają wpisowi do RPWDL, kompetencjom personelu, warunkom transportu sprzętu

i dokumentacji oraz zatwierdzonej organizacji. W przypadku świadczeń na odległość miejscem udzielania świadczenia jest miejsce przebywania osoby wykonującej zawód medyczny.

§3. Misja i cele działalności

Podstawowym celem działalności Podmiotu jest zapewnienie pacjentom kompleksowej, bezpiecznej i profesjonalnej opieki zdrowotnej opartej na aktualnej wiedzy medycznej, zasadach etyki zawodowej oraz poszanowaniu praw pacjenta.

Realizacja celu następuje poprzez:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, należyłą starannością, prawami pacjenta i zasadami etyki zawodowej;
 2. zapewnienie ciągłego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń;
 3. prowadzenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, z jednoznacznym odróżnieniem świadczeń zdrowotnych od usług edukacyjnych, rekreacyjnych i innych usług niemedycznych;
 4. współpracę osób wykonujących zawody medyczne i innych specjalistów wyłącznie w granicach ich kwalifikacji, uprawnień, ról oraz niezbędnego dostępu do informacji;
 5. zapewnienie poufności, integralności, dostępności i rozliczalności informacji oraz prawidłowego prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej;
 6. rozwój kompetencji personelu;
 7. stosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych;
 8. prowadzenie działalności z wykorzystaniem adekwatnego systemu zarządzania jakością, ryzykiem i bezpieczeństwem pacjenta, a w zakresie ustawowo wymaganym – wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
-

Rozdział II

Podstawy prawne działalności

§4.

Podmiot wykonuje działalność leczniczą na podstawie obowiązujących przepisów prawa Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności regulujących:

1. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2. ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz – w zakresie mającym zastosowanie – ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta;
3. ustawy i inne przepisy regulujące wykonywanie zawodów lekarza, fizjoterapeuty oraz pozostałych zawodów i czynności wykonywanych w Podmiocie;
4. przepisy o dokumentacji medycznej, systemie informacji w ochronie zdrowia oraz elektronicznej dokumentacji medycznej;

5. RODO, ustawę o ochronie danych osobowych oraz przepisy o tajemnicy medycznej i zawodowej;
6. przepisy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń, bezpieczeństwie i higienie pracy oraz postępowaniu z odpadami medycznymi;
7. przepisy ochrony przeciwpożarowej, prawa budowlanego i wymagania lokalowe właściwe dla działalności leczniczej;
8. przepisy i wymagania dotyczące bezpieczeństwa informacji, cyberbezpieczeństwa i ciągłości działania – odpowiednio do kwalifikacji Podmiotu oraz wykorzystywanych systemów;
9. rozporządzenia (UE) 2017/745 i 2017/746 oraz ustawę o wyrobach medycznych, w zakresie wykorzystywanych wyrobów, systemów i oprogramowania;
10. przepisy o ochronie małoletnich, prawach konsumenta, dostępności, reklamie świadczeń i produktów oraz inne regulacje właściwe dla rzeczywiście wykonywanej działalności.

§5.

W przypadku zmiany przepisów prawa powszechnie obowiązującego postanowienia Regulaminu interpretuje się zgodnie z aktualnym stanem prawnym, a Kierownik Podmiotu podejmuje działania mające na celu niezwłoczne dostosowanie treści Regulaminu do obowiązujących wymagań.

Rozdział III

Definicje

§6.

Ileokroć w Regulaminie jest mowa o:

Podmiocie – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy, którego pełną firmę albo nazwę, formę prawną i dane identyfikacyjne wskazano w metryce dokumentu oraz w RPWDL.

Kierownikowi – należy przez to rozumieć osobę albo organ uprawniony do kierowania Podmiotem i reprezentowania go na zewnątrz w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej; w spółce kapitałowej funkcję tę wykonuje zarząd, chyba że ustawa stanowi inaczej.

Zakładzie leczniczym – należy przez to rozumieć zespół składników majątkowych, za pomocą którego Podmiot wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, o nazwie i strukturze zgodnej z RPWDL.

Jednostce lub komórce organizacyjnej – należy przez to rozumieć element struktury zakładu leczniczego ujawniony w RPWDL; komórką organizacyjną nie jest sama funkcja Kierownika ani zbiorcze określenie personelu, jeżeli nie odpowiada strukturze rejestrowej.

Usłudze niemedycznej – należy przez to rozumieć usługę, która nie spełnia definicji świadczenia zdrowotnego; jej organizacja, dokumentowanie i komunikacja nie mogą sugerować, że stanowi leczenie, diagnozę lub rehabilitację.

Pacjencie – rozumie się przez to osobę korzystającą lub zamierzającą skorzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot.

Świadczeniu zdrowotnym – rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów.

Personelu medycznym – użyte pomocniczo określenie osób wykonujących zawód medyczny; samo przypisanie osoby do „Zespołu Medycznego” nie tworzy uprawnień zawodowych ani prawa dostępu do pełnej dokumentacji pacjentów.

Personelu administracyjnym – rozumie się osoby wykonujące czynności związane z organizacją działalności Podmiotu, obsługą pacjentów oraz administracją.

EDM – należy przez to rozumieć wyłącznie dokumenty stanowiące elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia; nie każdy dokument prowadzony w postaci elektronicznej jest EDM w znaczeniu ustawowym.

Świadczeniu na odległość – należy przez to rozumieć świadczenie zdrowotne udzielane bez jednoczesnej fizycznej obecności pacjenta i osoby udzielającej świadczenia, z wykorzystaniem zatwierdzonego systemu teleinformatycznego lub systemu łączności, jeżeli forma ta jest prawnie dopuszczalna i klinicznie bezpieczna.

Dokumentacji fotograficznej – należy przez to rozumieć fotografie wykonane w celu medycznym i włączone do dokumentacji medycznej; utrwalanie lub rozpowszechnianie wizerunku do celów edukacyjnych, naukowych lub promocyjnych stanowi odrębny proces, wymagający niezależnej podstawy prawnej i – gdy jest wymagana – odrębnego zezwolenia pacjenta.

Procedurach wewnętrznych – należy przez to rozumieć zatwierdzone procedury, instrukcje, polityki i standardy wykonawcze, spójne z Regulaminem, przypisane właścicielom, wersjonowane, dostępne właściwym osobom i podlegające przeglądowi.

Rozdział IV

Struktura organizacyjna Podmiotu Leczniczego

§7. Zasady organizacji

1. Podmiot wykonuje działalność leczniczą za pomocą zakładu leczniczego i jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których nazwy, specjalności, funkcje ochrony zdrowia i adresy muszą odpowiadać wpisowi do RPWDL.
2. Struktura organizacyjna została opracowana w sposób zapewniający sprawne zarządzanie Podmiotem, właściwy przepływ informacji, bezpieczeństwo pacjentów oraz efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i organizacyjnych.
3. Miejsca udzielania świadczeń i przyporządkowanie komórek organizacyjnych określa załącznik nr 1 do Regulaminu, zgodny z aktualnym wpisem do RPWDL. Świadczenia na odległość są udzielane z miejsca przebywania osoby wykonującej zawód medyczny, z zachowaniem warunków poufności i bezpieczeństwa.
4. Jednostki i komórki organizacyjne oraz komórki pomocnicze współdziałają na podstawie przypisanych zadań, uprawnień i zasad przekazywania informacji, bez naruszania samodzielności zawodowej ani zasady dostępu do danych wyłącznie w niezbędnym zakresie.

§8. Komórki organizacyjne

Strukturę organizacyjną należy przed zatwierdzeniem uzupełnić zgodnie z RPWDL, wskazując co najmniej:

1. zakład leczniczy: **Łódzkie Centrum Fizjoterapii**;
2. jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego:

PRZYCHODNIA Zielona – KOD 01

3. komórki organizacyjne zakładu leczniczego:

DZIAŁ FIZJOTERAPII – KOD 001

DZIAŁ FIZJOTERAPII DLA DZIECI – KOD 002

DZIAŁ FIZYKOTERAPII - KOD 003

DZIAŁ FIZYKOTERAPII DLA DZIECI - KOD 004

DZIAŁ KINEZYTERAPII - KOD 005

DZIAŁ KINEZYTERAPII DLA DZIECI - KOD 006

PORADNIA ORTOPEDYCZNA - KOD 007

PORADNIA ORTOPEDYCZNA DLA DZIECI - KOD 008

GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY - KOD 009

PORADNIA REHABILITACJI - KOD 010

PORADNIA REHABILITACJI DLA DZIECI - KOD 011

PORADNIA LECZENIA BÓLU - KOD 012

PORADNIA REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ - KOD 013

PORADNIA REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ - KOD 014

PRACOWNIA USG - KOD 015

PORADNIA PSYCHOLOGICZNA - KOD 016

PORADNIA PSYCHOLOGICZNA DLA DZIECI - KOD 017

PORADNIA MASAŻU LECZNICZEGO - - KOD 018

GABINET MEDYCyny ESTETYCZNEJ - KOD 019

ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ- KOD 020

PORADNIA MEDYCyny SPORTOWEJ DLA DZIECI - KOD 021

PORADNIA MEDYCyny SPORTOWEJ - KOD 022

PORADNIA DIETETYCZNA - KOD 023

PORADNIA DIETETYCZNA DLA DZIECI - KOD 024

4. Komórki pomocnicze niebędące komórkami zakładu leczniczego: Rejestracja i Obsługa Pacjenta oraz Obsługa Administracyjną.

§9. Kierownik Podmiotu Leczniczego

1. Kierownik kieruje Podmiotem i zakładem leczniczym oraz odpowiada za zgodność organizacji z prawem, wpisem do RPWDL, zakresem rzeczywiście udzielanych świadczeń, prawami pacjenta, bezpieczeństwem i jakością. Odpowiedzialność zawodowa osób udzielających świadczeń pozostaje określona w przepisach właściwych dla danego zawodu.
2. Do podstawowych obowiązków Kierownika należy:
 1. organizowanie działalności Podmiotu;
 2. nadzór nad jakością udzielanych świadczeń;
 3. zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych, organizacyjnych i technicznych;
 4. nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej;
 5. zapewnienie ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa informacji;
 6. zatwierdzanie procedur, instrukcji i regulaminów obowiązujących w Podmiocie;
 7. podejmowanie działań służących poprawie jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów;
 8. organizowanie współpracy pomiędzy członkami personelu;
 9. nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z przepisów dotyczących jakości w ochronie zdrowia, cyberbezpieczeństwa oraz ochrony danych osobowych;
 10. reprezentowanie Podmiotu wobec organów administracji publicznej, kontrahentów oraz innych podmiotów.
3. Kierownik może pisemnie powierzyć określone zadania osobom posiadającym odpowiednie kompetencje, wskazując zakres, uprawnienia, zastępstwo i sposób nadzoru. Powierzenie zadania nie przenosi ustawowych obowiązków Kierownika ani odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej świadczenie.

§10. Rejestracja i Obsługa Pacjenta

1. Rejestracja wykonuje czynności administracyjne związane z organizacją świadczeń. Nie prowadzi wywiadu medycznego, nie kwalifikuje do świadczenia, nie udziela porad ani nie rozstrzyga o pilności

klinicznej; informacje o stanie zdrowia przyjmuje wyłącznie w zakresie koniecznym do skierowania zgłoszenia do osoby uprawnionej lub uruchomienia pilnej reakcji.

1. Do zadań Rejestracji należy w szczególności:
 - 1.1. prowadzenie zapisów na wizyty;
 - 1.2. udzielanie informacji organizacyjnych;
 - 1.3. weryfikacja spójności i aktualności danych niezbędnych do identyfikacji pacjenta, organizacji i rozliczenia świadczenia, bez kopiowania dokumentu tożsamości, chyba że obowiązek albo szczególna potrzeba wynika z prawa;
 - 1.4. prowadzenie harmonogramów przyjęć;
 - 1.5. obsługa płatności zgodnie z obowiązującymi zasadami;
 - 1.6. wydawanie dokumentów przewidzianych obowiązującymi procedurami;
 - 1.7. współpraca z personelem medycznym;
 - 1.8. prowadzenie korespondencji administracyjnej;
 - 1.9. przyjmowanie reklamacji, skarg oraz wniosków;
 - 1.10. realizacja powierzonych obowiązków dotyczących ochrony danych, dokumentacji i tajemnicy – wyłącznie w granicach upoważnienia i zasady minimalizacji.
 2. Rejestracja nie udziela porad medycznych ani informacji wykraczających poza zakres swoich kompetencji.
 3. Wszelkie pytania dotyczące stanu zdrowia Pacjenta przekazywane są właściwemu członkowi personelu medycznego.
-

§11. Zespół Medyczny

1. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych tworzą zespół funkcjonalny, lecz każda z nich działa w granicach własnych kwalifikacji, uprawnień i samodzielności zawodowej. Osoby świadczące usługi niemedyczne nie stają się członkami personelu medycznego wyłącznie wskutek współpracy z Podmiotem.
2. W skład Zespołu Medycznego mogą wchodzić w szczególności:
 1. lekarze;
 2. fizjoterapeuci;
 3. psychologowie – jeżeli wykonują czynności będące świadczeniami zdrowotnymi i posiadają wymagane kwalifikacje;
 4. dietetycy lub specjaliści żywienia – w zakresie posiadanych kwalifikacji, z rozróżnieniem świadczeń zdrowotnych i usług edukacyjnych;
 5. inne osoby wykonujące zawód medyczny; osoby wykonujące czynności pomocnicze lub usługi niemedyczne uczestniczą w procesie wyłącznie na podstawie określonej roli i bez samodzielnego dostępu do dokumentacji medycznej.

3. Każdy członek Zespołu Medycznego wykonuje swoje obowiązki zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, zakresem kompetencji zawodowych oraz obowiązującymi standardami wykonywania zawodu.
4. Współpraca pomiędzy członkami Zespołu Medycznego odbywa się z poszanowaniem samodzielności zawodowej poszczególnych specjalistów oraz z zachowaniem zasad wzajemnej komunikacji i wymiany informacji niezbędnych do zapewnienia ciągłości procesu terapeutycznego.

§12. Obsługa Administracyjna

1. Obsługa Administracyjna zapewnia wsparcie organizacyjne, techniczne i gospodarcze. Dostęp jej członków do danych pacjentów, dokumentacji i systemów jest ograniczony do czynności rzeczywiście powierzonych i odpowiednio upoważnionych.
2. Do jej zadań należy w szczególności:
 1. prowadzenie spraw administracyjnych;
 2. współpraca z biurem rachunkowym;
 3. współpraca z dostawcami usług;
 4. prowadzenie gospodarki materiałowej;
 5. organizacja zakupów;
 6. nadzór nad wyposażeniem;
 7. organizacja przeglądów technicznych urządzeń;
 8. współpraca z podmiotami świadczącymi obsługę informatyczną;
 9. współpraca z podmiotami odpowiedzialnymi za serwis urządzeń medycznych;
 10. wykonywanie innych czynności organizacyjnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Podmiotu.

Rozdział V

Zakres działalności leczniczej

§13.

Podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, wyłącznie w zakresie zgodnym z RPWDL, warunkami lokalowymi, wyposażeniem, kompetencjami osób udzielających świadczeń i rzeczywistą zdolnością do zapewnienia postępowania w razie powikłań lub pogorszenia stanu pacjenta.

Świadczenia realizowane są zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz obowiązującymi standardami postępowania.

§14. Zakres świadczeń

Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w następujących obszarach:

1. fizjoterapia;
2. psychologia;
3. ortopedia;
4. świadczenia z zakresu dietetyki klinicznej
5. czynności fizjoterapeutyczne lub rehabilitacyjne prowadzone przez osobę uprawnioną;
6. świadczenia z zakresu medycyny estetycznej – wyłącznie w takim zakresie, w jakim stanowią świadczenia zdrowotne, są prawnie dopuszczalne i wykonywane przez osobę uprawnioną;
7. diagnostyka ultrasonograficzna wykonywana przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje;
8. świadczenia zdrowotne na odległość, jeżeli są dopuszczalne dla danego zawodu, możliwa jest wiarygodna identyfikacja, zapewniono bezpieczny kanał i forma zdalna jest wystarczająca klinicznie;
9. zajęcia grupowe po uprzednim zakwalifikowaniu każdego programu jako świadczenia zdrowotnego, promocji zdrowia albo usługi rekreacyjnej; kwalifikacja determinuje wymagane kompetencje, dokumentację, informację, zgodę i zasady dostępu do danych.

§15. Zasady udzielania świadczeń

1. Świadczenia są co do zasady udzielane po rejestracji. W razie ujawnienia stanu nagłego personel podejmuje działania w granicach kompetencji, udziela pierwszej pomocy i organizuje wezwanie właściwego systemu ratownictwa; Podmiot ambulatoryjny nie zastępuje szpitalnego oddziału ratunkowego ani zespołu ratownictwa medycznego.
2. Zakres świadczenia ustalany jest indywidualnie dla każdego Pacjenta na podstawie wywiadu, badania oraz aktualnych wskazań medycznych.
3. W razie potrzeby Pacjent może zostać skierowany do innego specjalisty wykonującego świadczenia w Podmiocie w celu zapewnienia kompleksowej diagnostyki lub leczenia.
4. Podmiot prowadzi model opieki interdyscyplinarnej, umożliwiającą współpracę przedstawicieli różnych zawodów medycznych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym, z poszanowaniem kompetencji każdego specjalisty oraz z zachowaniem zasad poufności.
5. Jeżeli zakres potrzeb zdrowotnych Pacjenta wykracza poza możliwości organizacyjne lub kompetencyjne Podmiotu, Pacjent otrzymuje informację o potrzebie kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innym właściwym podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Rozdział VI

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

§16. Zasady ogólne

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem godności, autonomii oraz praw Pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz obowiązującymi przepisami prawa.
 2. Organizacja pracy Podmiotu zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach jego funkcjonowania oraz umożliwia sprawną współpracę wszystkich osób uczestniczących w procesie diagnostycznym, terapeutycznym i administracyjnym.
 3. Świadczenia udzielane są w warunkach zapewniających bezpieczeństwo Pacjentów, ochronę danych osobowych, poufność informacji medycznych oraz właściwe warunki sanitarne i organizacyjne.
 4. Personel wykonuje swoje obowiązki zgodnie z zakresem posiadanych kwalifikacji, uprawnień zawodowych oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi.
-

§17. Godziny funkcjonowania

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w następujących godzinach:
 - od poniedziałku do piątku – **08:00–21:00**;
 - w soboty – **09:00–18:00**.
 2. W niedziele i święta Podmiot pozostaje nieczynny, chyba że Kierownik postanowi inaczej.
 3. Aktualny harmonogram pracy poszczególnych specjalistów publikowany jest na stronie internetowej Podmiotu oraz jest dostępny w Rejestracji.
 4. Zmiana godzin funkcjonowania nie wymaga zmiany Regulaminu, jeżeli została ogłoszona w sposób zwyczajowo przyjęty w Podmiocie.
-

§18. Rejestracja Pacjentów

1. Rejestracja odbywa się:
 - 1.1. osobiście;
 - 1.2. telefonicznie;
 - 1.3. za pośrednictwem poczty elektronicznej;
 - 1.4. z wykorzystaniem systemu rejestracji elektronicznej, jeżeli został uruchomiony.
2. Podczas rejestracji Pacjent przekazuje dane niezbędne do prawidłowej identyfikacji oraz organizacji udzielenia świadczenia.
3. Rejestracja może zweryfikować tożsamość Pacjenta przed udzieleniem świadczenia.

4. Brak możliwości potwierdzenia tożsamości może uzasadniać wstrzymanie planowego świadczenia do czasu wyjaśnienia, jeżeli jest to konieczne dla bezpieczeństwa i prawidłowej dokumentacji. Zasady tej nie stosuje się w sposób zagrażający życiu lub zdrowiu ani jako automatycznej sankcji za brak dokumentu.
-

§19. Umawianie wizyt

1. Termin wizyty ustalany jest z uwzględnieniem dostępności specjalistów oraz charakteru zgłaszanego problemu zdrowotnego.
 2. W uzasadnionych przypadkach personel może zaproponować konsultację u specjalisty innej dziedziny lub świadczenie interdyscyplinarne.
 3. Podmiot może stosować system przypominania o wizytach za pomocą wiadomości SMS, poczty elektronicznej lub połączeń telefonicznych.
 4. Przypomnienie o terminie wizyty ma charakter organizacyjny i jego niedostarczenie nie zwalnia Pacjenta z obowiązku stawienia się na umówione świadczenie lub poinformowania o rezygnacji.
-

§20. Odwoływanie wizyt

1. Pacjent powinien poinformować Podmiot o rezygnacji z wizyty niezwłocznie po powzięciu takiej decyzji.
 2. Informacja może zostać przekazana telefonicznie, pocztą elektroniczną lub w inny sposób udostępniony przez Podmiot.
 3. W przypadku powtarzających się nieodwołanych wizyt można stosować proporcjonalne i z góry podane zasady kolejnej rezerwacji, w szczególności potwierdzenie terminu albo przedpłatę przy świadczeniu komercyjnym. Nie wolno tworzyć niejawnych list, automatycznie odmawiać świadczeń koniecznych ani przenosić zasad komercyjnych na świadczenia publiczne bez podstawy prawnej.
 4. Szczegółowe zasady określa procedura PO-06/2026. Opłata, zatrzymanie przedpłaty albo zadatku wymagają uprzedniego, przejrzystego postanowienia umownego, akceptacji pacjenta, proporcjonalności i mechanizmu wyjątków oraz reklamacji.
-

§21. Kolejność udzielania świadczeń

1. Świadczenia udzielane są zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. Kolejność przyjęć może ulec zmianie w szczególności w przypadku:
 1. wydłużenia czasu wcześniejszej wizyty z przyczyn medycznych;
 2. konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy osobie znajdującej się w stanie wymagającym pilnej interwencji;
 3. awarii technicznej;
 4. zdarzeń losowych.
3. Personel Rejestracji informuje Pacjentów o przewidywanym opóźnieniu, jeżeli jest to możliwe.

§22. Spóźnienie Pacjenta

1. Pacjent powinien zgłosić się do Rejestracji odpowiednio wcześniej przed planowaną godziną wizyty.
2. W przypadku spóźnienia specjalista podejmuje decyzję o możliwości realizacji świadczenia z uwzględnieniem dobra Pacjenta oraz organizacji pracy.
3. Jeżeli wykonanie świadczenia w pełnym zakresie nie jest możliwe, może zostać zaproponowany inny termin.

§23. Teleporady

1. Świadczenie na odległość jest dopuszczalne po indywidualnej kwalifikacji przez osobę uprawnioną, z uwzględnieniem stanu pacjenta, celu konsultacji, dostępnych danych, możliwości identyfikacji, warunków technicznych, prywatności i ograniczeń metody zdalnej.
2. Przed rozpoczęciem teleporady personel dokonuje identyfikacji Pacjenta zgodnie z obowiązującą procedurą.
3. Jeżeli badanie bezpośrednie jest konieczne, osoba udzielająca świadczenia kończy lub ogranicza część zdalną, informuje o przyczynie i organizuje wizytę osobistą w terminie wynikającym z oceny klinicznej. W stanie nagłym przekazuje jednoznaczne zalecenie wezwania zespołu ratownictwa medycznego lub zgłoszenia się do właściwego podmiotu.
4. Przebieg teleporady dokumentowany jest w dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących dla świadczeń udzielanych stacjonarnie.

§24. Świadczenia interdyscyplinarne

1. W uzasadnionych przypadkach proces diagnostyczny lub terapeutyczny może być prowadzony przez więcej niż jednego specjalistę.
2. Współpraca interdyscyplinarna odbywa się dla konkretnego celu i pacjenta, przy określeniu uczestników, ról i zakresu niezbędnych informacji. Nie tworzy ogólnego uprawnienia całego personelu ani osób świadczących usługi niemedyczne do wglądu w pełną dokumentację.
3. Wymiana informacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego odbywa się z zachowaniem zasad poufności oraz obowiązujących przepisów dotyczących dokumentacji medycznej.

§25. Zajęcia grupowe

1. Podmiot może organizować zajęcia grupowe o charakterze profilaktycznym, edukacyjnym lub terapeutycznym.
2. Liczba uczestników ustalana jest z uwzględnieniem bezpieczeństwa oraz charakteru prowadzonych zajęć.

3. Szczegółowe zasady określa procedura PO-13/2026 oraz karta danego programu, wskazująca jego status prawny, cel, kryteria udziału, kwalifikacje prowadzącego, ryzyka, liczebność grupy, dokumentację i plan postępowania awaryjnego.

§26. Zasady odpłatności

1. Wszystkie świadczenia zdrowotne udzielane przez Podmiot mają charakter odpłatny, chyba że odrębne umowy stanowią inaczej.
2. Wysokość opłat określa aktualny cennik dostępny:
 - 2.1. w Rejestracji;
 - 2.2. na stronie internetowej Podmiotu.
3. Cennik stanowi integralny załącznik do Regulaminu. Jego aktualizacja wymaga zatwierdzenia przez Kierownika i podania aktualnych informacji do wiadomości pacjentów w sposób wymagany w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej;
4. Podmiot może oferować pakiety usług, programy profilaktyczne oraz świadczenia realizowane we współpracy z ubezpieczycielami lub operatorami abonamentów medycznych.
5. Szczegółowe zasady rozliczeń, przedpłat, zwrotów oraz opłat za nieodwołane wizyty określają odrębne procedury i cennik.

§27. Odmowa udzielenia świadczenia

1. Odmowa albo odstąpienie od planowego świadczenia może nastąpić wyłącznie na podstawie przepisów właściwych dla osoby udzielającej świadczenia i po uwzględnieniu stanu pacjenta, ryzyka zwłoki, obowiązku udzielenia niezbędnej pomocy, ciągłości leczenia i zasad dokumentowania. Przyczyna organizacyjna nie może zastępować indywidualnej oceny klinicznej.
2. Odmowa może nastąpić w szczególności w przypadku:
 - 2.1 braku wskazań, występowania przeciwwskazań albo nieakceptowalnego stosunku ryzyka do możliwej korzyści;
 - 2.2 konieczności skierowania Pacjenta do podmiotu o wyższym stopniu referencyjności;
 - 2.3 bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa spowodowanego zachowaniem pacjenta, po podjęciu adekwatnych działań deeskalacyjnych i z zastrzeżeniem obowiązków w stanie nagłym;
 - 2.4 braku możliwości bezpiecznego wykonania świadczenia.
3. Odmowa udzielenia świadczenia jest odnotowywana w dokumentacji medycznej, jeżeli wymagają tego obowiązujące przepisy lub charakter zdarzenia.

§27a. Świadczenia zdrowotne udzielane małoletnim

1. Świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów małoletnich udzielane są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z poszanowaniem praw dziecka oraz z uwzględnieniem jego wieku, stopnia dojrzałości oraz stanu zdrowia.

2. Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia personel dokonuje weryfikacji osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, w szczególności przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego albo innej osoby uprawnionej na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Opiekun faktyczny nie jest automatycznie uprawniony do wyrażenia wszystkich zgód, uzyskiwania informacji ani dostępu do dokumentacji. Może działać wyłącznie w zakresie wyraźnie dopuszczonym przez ustawę, z uwzględnieniem dobra małoletniego i konieczności weryfikacji podstawy działania.
4. W przypadkach wymaganych przepisami prawa uzyskuje się zgodę przedstawiciela ustawowego oraz – jeżeli jest to wymagane – również zgodę małoletniego Pacjenta posiadającego odpowiedni wiek lub stopień rozeznania.
5. Odmowa wyrażenia zgody, cofnięcie zgody lub inne okoliczności mające wpływ na możliwość udzielenia świadczenia odnotowywane są w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu Pacjentowi może towarzyszyć przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub inna osoba uprawniona, chyba że:
 - 6.1. obowiązujące przepisy prawa stanowią inaczej;
 - 6.2. obecność tej osoby mogłaby zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu Pacjenta lub innych osób;
 - 6.3. charakter wykonywanego świadczenia wymaga ograniczenia obecności osób trzecich.
7. Personel przekazuje informacje dotyczące stanu zdrowia małoletniego Pacjenta osobom uprawnionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z poszanowaniem prawa małoletniego do informacji oraz jego prawa do prywatności w zakresie wynikającym z wieku i stopnia dojrzałości.
8. Dokumentacja medyczna małoletniego prowadzona jest na zasadach ogólnych, z uwzględnieniem wymogów dotyczących reprezentacji Pacjenta oraz osób uprawnionych do uzyskiwania informacji i dostępu do dokumentacji medycznej.
9. Personel zobowiązany jest do zwracania szczególnej uwagi na bezpieczeństwo małoletnich Pacjentów oraz do stosowania obowiązujących w Podmiocie **Standardów Ochrony Małoletnich**, stanowiących odrębny dokument wewnętrzny.
10. W przypadku powzięcia podejrzenia, że dobro małoletniego Pacjenta jest zagrożone, personel postępuje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami określonymi w Standardach Ochrony Małoletnich.

Rozdział VII

Szczegółowe zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

§28. Zasady ogólne

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wymagane przepisami prawa oraz uprawnienia właściwe dla zakresu wykonywanych czynności.

2. Każde świadczenie poprzedza ocena stanu Pacjenta obejmująca wywiad, analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz badanie, jeżeli jest ono niezbędne do prawidłowego udzielenia świadczenia.
 3. Zakres diagnostyki oraz leczenia ustalany jest indywidualnie dla każdego Pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami wykonywania danego zawodu medycznego.
 4. Każde świadczenie jest udokumentowane w dokumentacji medycznej w postaci i zakresie wymaganych prawem. Dokumentacja prowadzona elektronicznie nie zawsze stanowi EDM w znaczeniu ustawowym; stosuje się rozróżnienia przyjęte w procedurze PO-03/2026.
-

§29. Świadczenia ortopedyczne

1. Konsultacje ortopedyczne obejmują diagnostykę oraz leczenie schorzeń i urazów narządu ruchu.
 2. Lekarz ortopeda kwalifikuje Pacjenta do dalszej diagnostyki, leczenia zachowawczego, rehabilitacji, zabiegów iniekcyjnych, leczenia operacyjnego lub konsultacji u innych specjalistów.
 3. W razie wskazań lekarz może zlecić wykonanie badań obrazowych lub wykorzystać dostępne wyniki badań przedstawione przez Pacjenta.
 4. Podmiot może wykonywać badania ultrasonograficzne narządu ruchu jako element procesu diagnostycznego.
 5. Jeżeli wymaga tego stan pacjenta, lekarz może zalecić konsultację lub świadczenie pozostające w kompetencji właściwego specjalisty. Skierowanie do „treningu medycznego” wymaga wcześniejszego ustalenia, czy chodzi o świadczenie fizjoterapeutyczne, promocję zdrowia czy usługę niemedyczną.
-

§30. Diagnostyka ultrasonograficzna

1. Badania ultrasonograficzne wykonywane są wyłącznie przez lekarza posiadającego kwalifikacje oraz umiejętności właściwe do wykonywania tego rodzaju diagnostyki.
 2. Badanie USG wykonywane jest wyłącznie wtedy, gdy istnieją wskazania medyczne wynikające z procesu diagnostycznego.
 3. Wynik badania dokumentowany jest w dokumentacji medycznej wraz z opisem badania.
 4. Dokumentacja obrazowa może zostać utrwalona w systemie elektronicznym jako element dokumentacji medycznej.
-

§31. Fizjoterapia

1. Fizjoterapia prowadzona jest na podstawie samodzielnej diagnostyki fizjoterapeutycznej albo po konsultacji lekarskiej, jeżeli wymaga tego stan Pacjenta.
2. Proces fizjoterapii obejmuje w szczególności:
 1. przeprowadzenie wywiadu;
 2. ocenę funkcjonalną;

3. rozpoznanie problemów funkcjonalnych;
 4. ustalenie celów terapii;
 5. opracowanie indywidualnego planu postępowania;
 6. ocenę efektów leczenia.
 3. Rodzaj stosowanych metod terapeutycznych dobierany jest indywidualnie do potrzeb Pacjenta.
 4. Każda wizyta podlega udokumentowaniu w dokumentacji medycznej.
-

§32. Urofizjoterapia

1. Świadczenia z zakresu urofizjoterapii realizowane są zgodnie z zasadami wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz aktualną wiedzą medyczną.
 2. W przypadku konieczności wykonania badania wewnętrznego wymagana jest uprzednia świadoma zgoda Pacjenta wyrażona zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz procedurami obowiązującymi w Podmiocie.
 3. Pacjent ma prawo odmówić wykonania badania wewnętrznego bez wpływu na możliwość korzystania z pozostałych świadczeń.
 4. Dokumentacja prowadzona jest z poszanowaniem szczególnej poufności informacji dotyczących zdrowia intymnego Pacjenta.
-

§33. Psychologia

1. Czynności psychologa są realizowane w granicach jego kwalifikacji i podstawy prawnej. Jako świadczenia zdrowotne kwalifikuje się wyłącznie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia; pozostałe usługi psychologiczne wymagają odrębnego określenia charakteru i zasad dokumentowania.
 2. Zakres dokumentacji psychologicznej ograniczany jest do informacji niezbędnych dla prawidłowego udzielania świadczeń oraz zgodny z zasadą minimalizacji danych.
 3. Informacje uzyskane podczas konsultacji objęte są tajemnicą zawodową w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa.
 4. W przypadku potrzeby dalszego leczenia psycholog może zalecić konsultację lekarza, psychiatry lub innego specjalisty.
-

§34. Dietetyka

1. Czynności dietetyczne kwalifikuje się przed ich zaoferowaniem jako świadczenie zdrowotne, promocję zdrowia albo usługę edukacyjną. Zakres danych, dokumentacji, informacji dla pacjenta i współpracy z personelem medycznym zależy od tej kwalifikacji oraz kompetencji osoby wykonującej czynność.

2. Osoba udzielająca konsultacji dietetycznej może współpracować z innymi specjalistami w konkretnym procesie opieki, jeżeli istnieje podstawa prawna i potrzeba przekazania określonych informacji; współpraca nie daje automatycznego dostępu do pełnej dokumentacji.
 3. Zalecenia żywieniowe przygotowywane są indywidualnie z uwzględnieniem stanu zdrowia, wyników badań oraz możliwości Pacjenta.
-

§35. Trening medyczny i inne zajęcia ruchowe

1. Program prowadzony jako świadczenie fizjoterapeutyczne wykonuje fizjoterapeuta i dokumentuje go jako świadczenie zdrowotne; program rekreacyjny lub funkcjonalny jest usługą niemedyczną i nie może być przedstawiany jako leczenie.
 2. Program jest opracowywany odpowiednio do jego statusu prawnego i z uwzględnieniem:
 - 2.1 stanu zdrowia;
 - 2.2 możliwości funkcjonalnych;
 - 2.3 zaleceń lekarza lub fizjoterapeuty;
 - 2.4 celów terapeutycznych.
 3. Prowadzący usługę niemedyczną nie diagnozuje, nie modyfikuje zaleceń medycznych, nie uzyskuje dostępu do pełnej dokumentacji i kieruje uczestnika do osoby uprawnionej w razie objawów alarmowych lub wątpliwości.
-

§36. Medycyna estetyczna

1. Niniejsze postanowienia dotyczą wyłącznie czynności z zakresu medycyny estetycznej stanowiących świadczenia zdrowotne. Wykonuje je osoba uprawniona do konkretnej procedury, w granicach kwalifikacji, po zapewnieniu warunków postępowania w razie powikłań; w przypadku procedur lekarskich – lekarz.
 2. Stosowane produkty lecznicze, wyroby medyczne, produkty z załącznika XVI do rozporządzenia (UE) 2017/745 oraz kosmetyki muszą mieć właściwy status, przeznaczenie, źródło pochodzenia, warunki przechowywania i identyfikowalność; kategorii tych nie wolno utożsamiać.
 3. Każdy zabieg poprzedzony jest konsultacją medyczną obejmującą kwalifikację Pacjenta, ocenę wskazań i przeciwwskazań oraz omówienie możliwych korzyści i ryzyka związanego z planowanym zabiegiem.
 4. Warunkiem wykonania świadczenia jest zgoda poprzedzona indywidualną, zrozumiałą informacją. Podpis formularza nie zastępuje procesu informowania, a zgoda nie wyłącza odpowiedzialności za naruszenie prawa, aktualnej wiedzy medycznej lub należytej staranności.
 5. Przebieg zabiegu dokumentowany jest w dokumentacji medycznej.
 6. W przypadku zabiegów wymagających dokumentacji fotograficznej stosuje się zasady określone w §37 niniejszego Regulaminu.
-

§37. Dokumentacja fotograficzna

1. Dokumentacja fotograficzna może być wykonywana jako element procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, jeżeli jest to uzasadnione charakterem udzielanego świadczenia.
 1. Dokumentacja fotograficzna może być wykonywana w szczególności w zakresie:
 - 1.1. ortopedii;
 - 1.2. fizjoterapii;
 - 1.3. medycyny estetycznej.
 3. Fotografie wykonywane w celach medycznych stanowią część dokumentacji medycznej i podlegają takim samym zasadom ochrony, przechowywania oraz udostępniania jak pozostała dokumentacja medyczna.
 4. Utrwalanie lub wykorzystanie fotografii do celów innych niż medyczne wymaga odrębnego określenia celu, zakresu publikacji, okresu i podstawy prawnej, a gdy przedstawia wizerunek – także odpowiedniego zezwolenia. Zgoda jest dobrowolna, gradualna i niezależna od zgody na świadczenie.
 5. Odmowa wyrażenia zgody na wykorzystanie fotografii w celach innych niż medyczne nie może wpływać na dostęp Pacjenta do świadczeń zdrowotnych.
-

§38. Konsultacje interdyscyplinarne

1. W przypadku złożonych problemów zdrowotnych Pacjent może zostać objęty opieką interdyscyplinarną.
2. Współpraca specjalistów odbywa się zgodnie z procedurą PO-14/2026: dla konkretnej potrzeby, z ustaleniem uczestników, pytania konsultacyjnego, niezbędnego zakresu danych, kanału komunikacji i osoby odpowiedzialnej za przekazanie pacjentowi ustaleń.
3. Celem współpracy interdyscyplinarnej jest zapewnienie kompleksowej diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki.
4. W przypadku opracowania wspólnego planu postępowania terapeutycznego informacje o jego realizacji odnotowywane są w dokumentacji medycznej zgodnie z kompetencjami poszczególnych specjalistów.

Rozdział VIII

Prawa i obowiązki Pacjenta

§39. Zasady ogólne

1. Podmiot zapewnia każdemu Pacjentowi poszanowanie praw wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zasad etyki wykonywania zawodów medycznych.
2. Wszystkie świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem godności, prywatności, autonomii oraz prawa Pacjenta do podejmowania świadomych decyzji dotyczących procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

3. Personel Podmiotu obowiązany jest do traktowania wszystkich Pacjentów z należytą starannością, kulturą osobistą oraz bez jakiejkolwiek dyskryminacji ze względu na wiek, płeć, niepełnosprawność, stan zdrowia, pochodzenie, wyznanie, światopogląd, orientację seksualną lub inne cechy chronione przepisami prawa.
 4. Podmiot zapewnia organizacyjne warunki wykonywania praw pacjenta. Ograniczenia mogą wynikać wyłącznie z przepisów prawa, bezpieczeństwa i praw innych osób; ogólne powołanie się na „możliwości organizacyjne placówki” nie może stanowić samodzielnej podstawy ograniczenia prawa pacjenta.
-

§40. Prawo do świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz wykonywanych z należytą starannością.
 2. Świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z indywidualnymi potrzebami zdrowotnymi Pacjenta oraz zakresem kompetencji osób wykonujących zawody medyczne.
 3. W przypadku ograniczeń organizacyjnych świadczenia realizowane są według kolejności wynikającej z harmonogramu przyjęć, z uwzględnieniem przypadków wymagających pilnej interwencji.
 4. Jeżeli możliwości organizacyjne Podmiotu nie pozwalają na wykonanie świadczenia w oczekiwanym zakresie, Pacjent otrzymuje informację o możliwościach dalszego postępowania.
-

§41. Prawo do informacji

1. Pacjent ma prawo uzyskać przystępną, rzetelną i zrozumiałą informację dotyczącą:
 - 1.1. stanu zdrowia;
 - 1.2. rozpoznania;
 - 1.3. proponowanych metod diagnostycznych;
 - 1.4. proponowanych metod leczenia;
 - 1.5. przewidywanych korzyści;
 - 1.6. możliwych następstw zastosowania lub zaniechania proponowanego postępowania;
 - 1.7. rokowania;
 - 1.8. zaleceń dotyczących dalszego postępowania.
 2. Informacje przekazywane są przez osobę wykonującą świadczenie zdrowotne w zakresie jej kompetencji zawodowych.
 3. Pacjent może zadawać pytania dotyczące procesu leczenia i oczekiwać udzielenia odpowiedzi w zakresie niezbędnym do podjęcia świadomej decyzji.
-

§42. Prawo do wyrażenia zgody

1. Świadczenia zdrowotne udziela się po uzyskaniu prawnie skutecznej zgody pacjenta albo innej osoby uprawnionej, chyba że ustawa zezwala na działanie bez zgody. Forma zgody zależy od rodzaju świadczenia i przepisów szczególnych.
 2. Przed wyrażeniem zgody Pacjent otrzymuje informacje umożliwiające świadome podjęcie decyzji.
 3. Pacjent może odmówić wykonania proponowanego świadczenia lub wycofać zgodę, o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej.
 4. Odmowa zgody jest odnotowywana w dokumentacji medycznej w przypadkach wymaganych obowiązującymi przepisami.
-

§43. Prawo do poszanowania intymności i godności

1. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych Podmiot zapewnia poszanowanie intymności i godności Pacjenta.
 2. Badania oraz zabiegi wykonywane są wyłącznie w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu diagnostycznego lub terapeutycznego.
 3. W pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, mogą przebywać wyłącznie osoby niezbędne do realizacji świadczenia, chyba że Pacjent wyrazi wolę obecności osoby bliskiej, a nie istnieją ku temu przeciwwskazania wynikające z bezpieczeństwa lub charakteru świadczenia.
 4. Personel jest zobowiązany do zachowania szczególnej dyskrecji podczas wykonywania czynności medycznych.
-

§44. Prawo do dokumentacji medycznej

1. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 2. Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej oraz uzyskania jej kopii, odpisów, wyciągów, wydruków lub dokumentacji w postaci elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 3. Dokumentacja udostępniana jest również osobom uprawnionym na podstawie przepisów prawa albo upoważnienia udzielonego przez Pacjenta.
 4. Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji określa odrębna procedura obowiązująca w Podmiocie.
-

§45. Prawo do ochrony danych osobowych

1. Dane osobowe oraz informacje dotyczące stanu zdrowia Pacjenta podlegają ochronie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dostęp do danych mają wyłącznie osoby posiadające odpowiednie upoważnienia oraz wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania powierzonych obowiązków.

3. Podmiot stosuje środki organizacyjne i techniczne zapewniające bezpieczeństwo danych osobowych oraz dokumentacji medycznej.

§46. Prawo do zgłaszania uwag i reklamacji

1. Pacjent ma prawo zgłaszać uwagi dotyczące organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona albo inna osoba przekazująca informację o możliwej nieprawidłowości może złożyć zgłoszenie pisemnie, elektronicznie, telefonicznie, osobiście lub ustnie do protokołu. Formularz ma charakter pomocniczy.
 1. pisemnej;
 2. elektronicznej;
 3. ustnej do protokołu.
3. Reklamacje rozpatrywane są zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną.
4. Złożenie reklamacji nie wpływa na prawo Pacjenta do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

§47 .Organizacyjne zasady współpracy z Pacjentem

Dla bezpieczeństwa i sprawnej organizacji pacjent jest proszony o współdziałanie w szczególności poprzez:

Naruszenie zasad organizacyjnych nie powoduje automatycznej utraty praw pacjenta ani odmowy świadczenia; reakcja Podmiotu musi być proporcjonalna, indywidualna i uwzględniać stan zdrowia oraz obowiązki ustawowe.

1. przekazywania prawdziwych oraz kompletnych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia;
2. informowania o zmianach mających wpływ na proces leczenia;
3. przekazywanie informacji o przyjęciu albo odmowie realizacji zaleceń; pacjent zachowuje prawo do odmowy świadczenia lub wycofania zgody, z zastrzeżeniem skutków wyjaśnionych przez osobę uprawnioną;
4. przestrzegania zasad organizacyjnych obowiązujących w Podmiocie;
5. okazywania personelowi oraz innym Pacjentom szacunku;
6. terminowego regulowania należności za wykonane świadczenia;
7. poinformowania Podmiotu o rezygnacji z umówionej wizyty w możliwie najwcześniejszym terminie;
8. stosowania się do poleceń personelu dotyczących bezpieczeństwa.

§48. Zasady zachowania na terenie Podmiotu

1. Na terenie Podmiotu zabrania się zachowań mogących zakłócać proces udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Niedopuszczalne jest:

1. stosowanie przemocy fizycznej lub psychicznej;
 2. kierowanie gróźb wobec personelu lub innych Pacjentów;
 3. używanie słów powszechnie uznawanych za obraźliwe;
 4. spożywanie alkoholu;
 5. używanie środków odurzających;
 6. palenie wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i używanie wyrobów nowatorskich na terenie obiektów i w zakresie objętym ustawowym zakazem;
 7. fotografowanie lub nagrywanie innych pacjentów, ich dokumentacji, ekranów, rozmów lub czynności medycznych w sposób naruszający prywatność, tajemnicę, bezpieczeństwo albo przebieg świadczeń. Nagrywanie własnej rozmowy nie może zakłócać udzielania świadczenia ani naruszać praw innych osób i podlega ocenie na podstawie powszechnie obowiązującego prawa.
 3. Osoby naruszające porządek organizacyjny mogą zostać poproszone o opuszczenie placówki, o ile nie zagraża to ich zdrowiu lub życiu oraz pozostaje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
-

§49. Osoby towarzyszące

1. Pacjent może korzystać z pomocy osoby towarzyszącej podczas pobytu w Podmiocie, jeżeli nie zakłóca to procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ani nie narusza praw innych Pacjentów.
 2. Ograniczenie obecności osoby bliskiej wymaga konkretnej, prawnie dopuszczalnej przyczyny, jest stosowane w niezbędnym zakresie i – jeżeli wymagają tego przepisy – odnotowywane. Ogólne względy organizacyjne nie wystarczają do automatycznej odmowy obecności.
 3. W przypadku małoletnich lub osób wymagających wsparcia obecność przedstawiciela ustawowego lub opiekuna odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
-

§50. Postanowienia końcowe dotyczące praw Pacjenta

1. Informacja o prawach Pacjenta udostępniana jest w Rejestracji oraz na stronie internetowej Podmiotu.
 2. Personel zobowiązany jest do udzielania Pacjentom informacji dotyczących sposobu realizacji ich praw w zakresie wynikającym z pełnionych obowiązków.
 3. Kierownik Podmiotu podejmuje działania organizacyjne mające na celu stałe podnoszenie standardów obsługi Pacjentów oraz zapewnienie skutecznej realizacji ich praw.
-

Rozdział IX

Dokumentacja medyczna oraz zasady jej prowadzenia

§51. Zasady ogólne

1. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami wykonywania zawodów medycznych oraz wewnętrznymi procedurami obowiązującymi w Podmiocie.
 2. Dokumentacja medyczna prowadzona jest w sposób zapewniający jej kompletność, rzetelność, czytelność, integralność, poufność oraz dostępność dla osób uprawnionych.
 3. Celem prowadzenia dokumentacji medycznej jest w szczególności:
 1. zapewnienie ciągłości procesu diagnostycznego i terapeutycznego;
 2. dokumentowanie przebiegu udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 3. umożliwienie współpracy pomiędzy osobami wykonującymi zawody medyczne;
 4. zapewnienie bezpieczeństwa Pacjenta;
 5. realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa.
 4. Każdy wpis w dokumentacji powinien odzwierciedlać rzeczywisty przebieg udzielanego świadczenia zdrowotnego.
-

§52. Forma prowadzenia dokumentacji

1. Dokumentacja medyczna jest prowadzona co do zasady w postaci elektronicznej w systemie gabinetowym spełniającym wymagania prawa. Pojęcia „dokumentacja w postaci elektronicznej” i „EDM” nie są tożsame; EDM obejmuje wyłącznie dokumenty wskazane w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia.
 2. Dokumentacja papierowa może być prowadzona wyłącznie:
 - 2.1. jeżeli wymagają tego obowiązujące przepisy prawa;
 - 2.2. w przypadku awarii systemów informatycznych;
 - 2.3. jako dokumentacja pomocnicza;
 3. w innych prawnie dopuszczalnych przypadkach opisanych w procedurze awaryjnej; Kierownik nie może dowolnie odstąpić od wymogów dotyczących postaci dokumentacji.
 4. Po przywróceniu systemu dokumenty z trybu awaryjnego włącza się lub odwzorowuje w dokumentacji zgodnie z prawem i procedurą, zachowując autora, rzeczywistą datę i godzinę czynności, datę późniejszego wprowadzenia oraz historię zmian; nie antydatuje się wpisów.
-

§53. Zasady sporządzania wpisów

1. Dokumentacja medyczna sporządzana jest niezwłocznie po wykonaniu świadczenia zdrowotnego lub zakończeniu jego etapu.

2. Wpis powinien być:
 - 2.1. zgodny ze stanem faktycznym;
 - 2.2. kompletny;
 - 2.3. czytelny;
 - 2.4. sporządzony w sposób umożliwiający odtworzenie przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
 3. Niedopuszczalne jest:
 - 3.1. pozostawianie pustych wpisów;
 - 3.2. usuwanie danych w sposób uniemożliwiający ustalenie historii zmian;
 - 3.3. dokonywanie wpisów przez osoby nieuprawnione;
 - 3.4. podpisywanie wpisów dokonanych przez inną osobę.
 4. Korekty dokumentacji dokonywane są zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach oraz funkcjonalnością systemu EDM.
-

§54. Dostęp do dokumentacji

1. Dostęp do dokumentacji medycznej posiadają wyłącznie osoby uprawnione.
 2. Zakres dostępu uzależniony jest od wykonywanych obowiązków oraz nadanych uprawnień.
 3. Każda osoba korzysta wyłącznie z indywidualnego konta użytkownika.
 - 3.1. Zabrania się:
 - 3.2. udostępniania loginów;
 - 3.3. udostępniania haseł;
 - 3.4. korzystania z kont innych użytkowników;
 - 3.5. pozostawiania otwartej dokumentacji bez nadzoru.
 4. System informatyczny powinien umożliwiać identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz rejestrować historię zmian.
-

§55. Udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dokumentację udostępnia się pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej, pełnomocnikowi działającemu w dopuszczalnym zakresie oraz podmiotom i organom uprawnionym ustawowo, także po śmierci pacjenta – na zasadach ustawowych.
3. Dokumentację udostępnia się w formie wybranej przez osobę uprawnioną, o ile jest prawnie dopuszczalna, w szczególności poprzez:
 - 3.1. wgląd do dokumentacji;
 - 3.2. wydanie kopii;
 - 3.3. wydanie wydruku;

- 3.4 wydanie wyciągu, odpisu, kopii albo wydruku;
- 3.5 przekazanie środkami komunikacji elektronicznej, na informatycznym nośniku danych albo wydanie oryginału w ustawowo dopuszczonym przypadku, za pokwitowaniem i z obowiązkiem zwrotu.

4. Każde udostępnienie dokumentacji podlega odnotowaniu zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Żądanie udostępnienia może być ustne, pisemne lub elektroniczne. Nie uzależnia się realizacji od użycia formularza, wskazania celu, zgody Kierownika ani zgody osoby, która udzielała świadczenia. Tożsamość i uprawnienie weryfikuje się proporcjonalnie do kanału i ryzyka.

Dokumentację udostępnia się bez zbędnej zwłoki. Szczegółowy przebieg, wykaz udostępnień, zabezpieczenia transmisji, zasady po śmierci pacjenta oraz dokumentowanie odmowy określa procedura PO-10/2026.

Za pierwsze udostępnienie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie i prawnie przewidzianej formie nie pobiera się opłaty; zasadę tę stosuje się także, gdy pacjent działa przez osobę upoważnioną lub pełnomocnika.

Za kolejne udostępnienie Podmiot pobiera opłatę zgodnie z aktualnym cennikiem stanowiącym załącznik do Regulaminu, nie wyższą niż: za jedną stronę wyciągu albo odpisu – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia; za jedną stronę kopii albo wydruku – 0,00007 tego wynagrodzenia; za udostępnienie na informatycznym nośniku danych – 0,0004 tego wynagrodzenia. Jeżeli Podmiot przyjmuje stawki niższe albo zerowe, wskazuje je w cenniku.

§56. Archiwizacja dokumentacji

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okresy wynikające z obowiązujących przepisów prawa.
2. Po upływie okresów przechowywania dokumentacja podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający odtworzenie zawartych w niej danych, chyba że obowiązujące przepisy stanowią inaczej.
3. Niszczenie dokumentacji odbywa się zgodnie z procedurą obowiązującą w Podmiocie.

§57. Dokumentacja fotograficzna

1. Dokumentacja fotograficzna może stanowić element dokumentacji medycznej, jeżeli jej wykonanie pozostaje uzasadnione procesem diagnostycznym, terapeutycznym lub oceną efektów leczenia.
 2. Dokumentacja fotograficzna wykonywana jest z poszanowaniem godności, prywatności oraz prawa Pacjenta do ochrony danych osobowych.
 3. Fotografie wykonywane jako element dokumentacji medycznej przechowywane są w systemach informatycznych zapewniających odpowiedni poziom bezpieczeństwa.
 4. Fotografie nie mogą być przechowywane na prywatnych telefonach, komputerach ani innych prywatnych nośnikach danych.
 5. Zabrania się przesyłania dokumentacji fotograficznej z wykorzystaniem prywatnych komunikatorów internetowych oraz prywatnych kont poczty elektronicznej.
-

§58. Wykorzystanie dokumentacji fotograficznej

1. Wykorzystanie dokumentacji fotograficznej do celów innych niż medyczne wymaga odrębnej zgody Pacjenta.
 2. Zgoda obejmuje w szczególności możliwość wykorzystania fotografii:
 - 2.1. do celów edukacyjnych;
 - 2.2. do celów naukowych;
 - 2.3. podczas szkoleń;
 - 2.4. w materiałach promocyjnych;
 - 2.5. na stronie internetowej;
 - 2.6. w mediach społecznościowych.
 3. Brak zgody nie może wpływać na zakres ani jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 4. Pacjent może wycofać zgodę ze skutkiem na przyszłość. Wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania, a możliwość usunięcia materiału opublikowanego lub utrwalonego w innych materiałach ocenia się według treści zgody, przepisów o ochronie danych i wizerunku oraz technicznej możliwości wykonania żądania.
-

§59. Dokumentacja dotycząca teleporad

1. Dokumentacja dotycząca teleporad prowadzona jest na zasadach obowiązujących dla pozostałych świadczeń zdrowotnych.
 2. W dokumentacji zamieszcza się w szczególności:
 - 2.1. sposób identyfikacji Pacjenta;
 - 2.2. datę i godzinę świadczenia;
 - 2.3. formę komunikacji;
 - 2.4. przebieg konsultacji;
 - 2.5. rozpoznanie;
 - 2.6. zalecenia;
 - 2.7. informację o konieczności odbycia wizyty stacjonarnej, jeżeli została wydana.
-

§60. Bezpieczeństwo dokumentacji

1. Dokumentacja medyczna podlega ochronie przed:
 - 1.1. utratą;
 - 1.2. zniszczeniem;
 - 1.3. nieuprawnionym ujawnieniem;

- 1.4. nieautoryzowaną zmianą;
 - 1.5. przypadkowym usunięciem.
 2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa dokumentacji Podmiot stosuje środki organizacyjne i techniczne określone w odrębnych procedurach dotyczących ochrony danych osobowych, cyberbezpieczeństwa oraz ciągłości działania.
 3. Personel zobowiązany jest do niezwłocznego zgłaszania wszelkich incydentów mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo dokumentacji medycznej.
-

§61. Kontrole dokumentacji medycznej

1. Podmiot prowadzi okresowe kontrole prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.
2. Kontrole obejmują w szczególności:
 - 2.1. kompletność wpisów;
 - 2.2. terminowość dokumentowania;
 - 2.3. zgodność z obowiązującymi przepisami;
 - 2.4. prawidłowość prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej oraz – w wymaganym zakresie – EDM;
 - 2.5. bezpieczeństwo przetwarzania danych.
3. Wyniki kontroli wykorzystywane są do doskonalenia jakości udzielanych świadczeń oraz organizacji pracy Podmiotu.

Rozdział X

Organizacja pracy personelu oraz zasady współpracy

§62. Zasady ogólne organizacji pracy

1. Organizacja pracy Podmiotu opiera się na zasadzie współpracy wszystkich osób uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wzajemnym poszanowaniu kompetencji zawodowych.
 2. Celem organizacji pracy jest zapewnienie Pacjentom ciągłości opieki, wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa procesu diagnostycznego i terapeutycznego.
 3. Wszystkie osoby wykonujące pracę na rzecz Podmiotu zobowiązane są do wykonywania powierzonych obowiązków z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami etyki zawodowej oraz wewnętrznymi regulacjami obowiązującymi w Podmiocie.
 4. Personel zobowiązany jest do wzajemnej współpracy oraz przekazywania informacji niezbędnych dla zapewnienia właściwej opieki nad Pacjentem.
-

§63. Zasady wykonywania obowiązków

1. Każdy członek personelu wykonuje czynności wyłącznie w zakresie wynikającym z:
 - 1.1. posiadanych kwalifikacji;
 - 1.2. obowiązujących przepisów prawa;
 - 1.3. zakresu kompetencji zawodowych;
 - 1.4. powierzonych obowiązków.
 2. Niedopuszczalne jest wykonywanie czynności wykraczających poza posiadane uprawnienia zawodowe.
 3. W razie wątpliwości co do kompetencji osoba nie podejmuje czynności do czasu konsultacji z osobą uprawnioną. Kierownik nie może udzielić uprawnienia zawodowego ani polecić wykonania czynności zastrzeżonej ustawowo dla innego zawodu.
-

§64. Współpraca pomiędzy specjalistami

1. Współpraca pomiędzy członkami personelu medycznego prowadzona jest z zachowaniem wzajemnego szacunku oraz niezależności zawodowej wynikającej z obowiązujących przepisów.
 2. Jeżeli dobro Pacjenta tego wymaga, specjaliści współpracują przy planowaniu oraz realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
 3. Współpraca interdyscyplinarna obejmuje w szczególności wymianę informacji niezbędnych do zapewnienia ciągłości leczenia, z zachowaniem tajemnicy zawodowej oraz zasad ochrony danych osobowych.
 4. W przypadku rozbieżności dotyczących proponowanego postępowania terapeutycznego specjaliści dążą do wypracowania rozwiązania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną oraz najlepszym interesem Pacjenta.
-

§65. Komunikacja wewnętrzna

1. Komunikacja pomiędzy członkami personelu powinna odbywać się w sposób zapewniający bezpieczeństwo informacji oraz sprawną organizację pracy.
 2. Informacje dotyczące Pacjentów przekazywane są wyłącznie osobom uczestniczącym w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych lub posiadającym odpowiednie uprawnienia.
 3. Niedopuszczalne jest omawianie informacji dotyczących Pacjentów w miejscach dostępnych dla osób postronnych.
 4. Elektroniczna wymiana informacji odbywa się wyłącznie z wykorzystaniem narzędzi dopuszczonych do stosowania przez Podmiot.
-

§66. Organizacja dnia pracy

1. Personel zobowiązany jest do rozpoczęcia pracy w czasie umożliwiającym przygotowanie stanowiska przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.

2. Przed rozpoczęciem przyjęć należy w szczególności:
 - 2.1. przygotować stanowisko pracy;
 - 2.2. sprawdzić działanie sprzętu medycznego;
 - 2.3. zweryfikować dostęp do systemu gabinetowego i wymaganych usług e-zdrowia;
 - 2.4. przygotować materiały niezbędne do udzielania świadczeń;
 - 2.5. sprawdzić stan środków dezynfekcyjnych oraz materiałów jednorazowych.
 3. Po zakończeniu pracy personel zobowiązany jest do:
 - 3.1. zakończenia dokumentacji medycznej;
 - 3.2. zabezpieczenia stanowiska pracy;
 - 3.3. wylogowania się z systemów informatycznych;
 - 3.4. zabezpieczenia dokumentów;
 - 3.5. pozostawienia gabinetu w stanie umożliwiającym rozpoczęcie pracy kolejnego dnia.
-

§67. Zastępstwa

1. W przypadku planowanej nieobecności członka personelu Kierownik organizuje zastępstwo w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń.
 2. Osoba zastępująca wykonuje czynności wyłącznie w zakresie swoich kwalifikacji zawodowych.
 3. W przypadku nagłej nieobecności personelu Kierownik podejmuje działania mające na celu ograniczenie utrudnień dla Pacjentów.
-

§68. Doskonalenie zawodowe

1. Podmiot wspiera rozwój zawodowy personelu poprzez umożliwianie udziału w szkoleniach, kursach, konferencjach oraz innych formach podnoszenia kwalifikacji.
 2. Każdy członek personelu zobowiązany jest do aktualizowania wiedzy zawodowej zgodnie z wymaganiami właściwymi dla wykonywanego zawodu.
 3. Kierownik może organizować szkolenia wewnętrzne dotyczące obowiązujących procedur, bezpieczeństwa informacji, ochrony danych osobowych, jakości oraz bezpieczeństwa Pacjentów.
-

§69. Tajemnica zawodowa

1. Wszystkie osoby wykonujące pracę na rzecz Podmiotu zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem obowiązków.
2. Obowiązek zachowania poufności obejmuje w szczególności informacje dotyczące:
 1. stanu zdrowia Pacjentów;

2. danych osobowych;
 3. dokumentacji medycznej;
 4. organizacji pracy Podmiotu;
 5. danych kontrahentów;
 6. informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.
3. Obowiązek zachowania tajemnicy obowiązuje również po zakończeniu współpracy z Podmiotem, o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej.

§70. Identyfikacja personelu

1. Personel wykonujący świadczenia zdrowotne powinien umożliwić Pacjentowi identyfikację swojej osoby poprzez przedstawienie się oraz, jeżeli jest to stosowane, noszenie identyfikatora.
2. Identyfikator powinien zawierać co najmniej:
 1. imię i nazwisko;
 2. wykonywany zawód lub pełnioną funkcję.
3. Kierownik może określić jednolite zasady identyfikacji wizualnej personelu.

§71. Kultura organizacyjna

1. Podmiot prowadzi działalność w oparciu o zasady:
 1. wzajemnego szacunku;
 2. odpowiedzialności;
 3. profesjonalizmu;
 4. uczciwości;
 5. współpracy;
 6. bezpieczeństwa Pacjenta;
 7. ciągłego doskonalenia jakości.
2. Od wszystkich członków personelu oczekuje się przestrzegania wysokich standardów etycznych zarówno w relacjach z Pacjentami, jak i współpracownikami.
3. Niedopuszczalne jest stosowanie jakichkolwiek form dyskryminacji, mobbingu, molestowania lub zachowań naruszających godność drugiej osoby.

§72. Praktykanci i stażyści

1. Podmiot może organizować praktyki zawodowe, praktyki studenckie oraz staże zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zawartymi porozumieniami.

2. Praktykanci i stażyści wykonują czynności wyłącznie pod nadzorem wyznaczonego opiekuna oraz w zakresie wynikającym z programu praktyk i obowiązujących przepisów.
3. Przed rozpoczęciem praktyki każda osoba odbywająca praktykę lub staż zobowiązana jest do:
 1. zapoznania się z Regulaminem Organizacyjnym;
 2. zapoznania się z zasadami ochrony danych osobowych;
 3. zapoznania się ze Standardami Ochrony Małoletnich;
 4. odbycia szkolenia wprowadzającego;
 5. podpisania wymaganych oświadczeń.
4. Praktykanci i stażyści zobowiązani są do zachowania poufności wszystkich informacji uzyskanych podczas wykonywania czynności w Podmiocie.

Rozdział XI

System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

§73. Cele systemu zarządzania jakością

1. Podmiot prowadzi wewnętrzny system jakości, bezpieczeństwa i zarządzania ryzykiem adekwatny do zakresu świadczeń. Jeżeli Podmiot podlega ustawowym obowiązkom wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, system musi spełniać także wymagania tej ustawy; w pozostałym zakresie niniejsze postanowienia mają charakter wewnętrznego standardu organizacyjnego.
2. System zarządzania jakością obejmuje wszystkie obszary działalności Podmiotu, w szczególności:
 - 2.1. organizację udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 2.2. bezpieczeństwo Pacjentów;
 - 2.3. bezpieczeństwo personelu;
 - 2.4. prowadzenie dokumentacji medycznej;
 - 2.5. bezpieczeństwo informacji;
 - 2.6. ochronę danych osobowych;
 - 2.7. zarządzanie ryzykiem;
 - 2.8. analizę zdarzeń niepożądanych;
 - 2.9. doskonalenie procesów organizacyjnych.
3. Każdy członek personelu uczestniczy w realizacji systemu zarządzania jakością poprzez wykonywanie swoich obowiązków zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz zgłaszanie propozycji usprawnień.

§74. Cele jakościowe

Podmiot dąży do osiągnięcia następujących celów jakościowych:

1. zapewnienia wysokiego poziomu satysfakcji Pacjentów;
 2. zapewnienia bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
 3. ograniczania liczby zdarzeń niepożądanych;
 4. zapewnienia terminowości udzielania świadczeń;
 5. zapewnienia kompletności dokumentacji medycznej;
 6. zapewnienia skutecznej współpracy pomiędzy specjalistami;
 7. zapewnienia bezpieczeństwa informacji;
 8. stałego podnoszenia kwalifikacji personelu;
 9. doskonalenia organizacji pracy.
-

§75. Doskonalenie jakości

1. Podmiot prowadzi działania mające na celu systematyczne doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 2. Doskonalenie jakości obejmuje między innymi:
 - 2.1. analizę zgłoszeń Pacjentów;
 - 2.2. analizę reklamacji;
 - 2.3. analizę zdarzeń niepożądanych;
 - 2.4. analizę ryzyka;
 - 2.5. analizę wyników audytów wewnętrznych;
 - 2.6. analizę funkcjonowania procedur;
 - 2.7. ocenę skuteczności działań naprawczych.
 3. Wyniki analiz wykorzystywane są do planowania działań usprawniających funkcjonowanie Podmiotu.
-

§76. Audyty wewnętrzne

1. Kierownik zapewnia planowe i doraźne audyty wewnętrzne w obszarach wynikających z ryzyka, zmian prawa, nowych usług, zdarzeń, reklamacji i wyników wcześniejszych kontroli. Częstotliwość oraz kryteria audytu określa plan audytów.
2. Audyty mogą obejmować w szczególności:
 1. organizację pracy;
 2. prowadzenie dokumentacji medycznej;

3. bezpieczeństwo danych;
 4. stosowanie procedur;
 5. jakość obsługi Pacjentów;
 6. stan techniczny wyposażenia;
 7. przestrzeganie Regulaminu Organizacyjnego.
3. Z każdego audytu sporządza się raport zawierający opis ustaleń oraz propozycje działań doskonalących.
-

Rozdział XII

Zdarzenia Niepożądane i Zarządzanie Ryzykiem

§77. Zasady ogólne

1. Podmiot prowadzi system identyfikacji, zgłaszania, analizy oraz monitorowania zdarzeń niepożądanych.
 2. Celem systemu jest zwiększenie bezpieczeństwa Pacjentów poprzez identyfikację przyczyn zdarzeń oraz zapobieganie ich ponownemu wystąpieniu.
 3. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych służy poprawie jakości i bezpieczeństwa, a nie poszukiwaniu osób winnych.
-

§78. Definicja zdarzenia niepożądanego

1. Zdarzeniem niepożądanym jest zdarzenie zaistniałe podczas lub w związku z udzielaniem świadczenia, które spowodowało albo mogło spowodować negatywne następstwa dla pacjenta. Zgłasza się także zdarzenia potencjalnie szkodliwe („near miss”). Zdarzenia dotyczące personelu, danych, urządzeń lub ciągłości kwalifikuje się równoległe według właściwych procedur.
 2. Do zdarzeń niepożądanych zalicza się w szczególności:
 - 2.1. błędy organizacyjne;
 - 2.2. pomyłki identyfikacyjne;
 - 2.3. błędy dokumentacyjne;
 - 2.4. niewłaściwą komunikację;
 - 2.5. awarie urządzeń;
 - 2.6. awarie systemów informatycznych wpływające na udzielanie świadczeń;
 - 2.7. inne sytuacje mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo Pacjenta.
-

§79. Zgłaszanie zdarzeń

1. Każdy członek personelu, który zauważy zdarzenie niepożądane lub sytuację mogącą do niego doprowadzić, zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Kierownika.
 2. Zgłoszenie powinno nastąpić niezwłocznie po ujawnieniu zdarzenia.
 3. Szczegółowy sposób zgłaszania określa odrębna procedura obowiązująca w Podmiocie.
-

§80. Analiza ryzyka

1. Podmiot prowadzi analizę ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
 2. Analiza obejmuje w szczególności ryzyko dotyczące:
 - 2.1. bezpieczeństwa Pacjentów;
 - 2.2. bezpieczeństwa personelu;
 - 2.3. ochrony danych osobowych;
 - 2.4. cyberbezpieczeństwa;
 - 2.5. ciągłości działania;
 - 2.6. aparatury medycznej;
 - 2.7. organizacji pracy.
 3. Wyniki analizy wykorzystywane są do planowania działań zapobiegawczych oraz doskonalenia organizacji pracy.
-

§81. Działania naprawcze

Po analizie zdarzenia Kierownik zatwierdza adekwatne działania korygujące, zapobiegawcze lub ograniczające skutki, określając odpowiedzialność, termin, zasoby i sposób sprawdzenia skuteczności, w szczególności:

1. zmianę procedur;
 2. dodatkowe szkolenia personelu;
 3. zmianę organizacji pracy;
 4. zakup wyposażenia;
 5. aktualizację dokumentacji;
 6. inne działania zmniejszające ryzyko wystąpienia podobnych zdarzeń.
-

Rozdział XIII

Monitoring Wizyjny i Bezpieczeństwo Obiektu

§82. Cele monitoringu

1. Monitoring wizyjny prowadzony jest na podstawie art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie dotyczącym obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników.
 2. Monitoringiem wizyjnym objęte są wyłącznie następujące obszary:
 - 2.1. obszar wyjścia z windy na III piętrze – Kamera nr 2;
 - 2.2. obszar wyjścia z klatki schodowej na III piętrze – Kamera nr 3.
 3. Kamery są ustawione w sposób ograniczający zakres rejestrowanego obrazu do obszarów niezbędnych dla realizacji celu monitoringu. Monitoring nie może obejmować pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jeżeli jego prowadzenie nie znajduje podstawy w obowiązujących przepisach prawa.
 4. Monitoring pomieszczeń ogólnodostępnych może być stosowany wyłącznie w zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników, z uwzględnieniem proporcjonalności i zakazu nagrywania dźwięku. Nie stanowi samostanowiącej podstawy monitoringu wyłącznie w celu:
 - 4.1. bezpieczeństwa Pacjentów;
 - 4.2. bezpieczeństwa personelu;
 - 4.3. wyjaśniania incydentów
 5. Monitoring nie jest wykorzystywany do bieżącej oceny jakości pracy personelu, chyba że obowiązujące przepisy prawa wyraźnie na to zezwalają.
-

§83. Zasady funkcjonowania monitoringu

1. Obszary objęte monitoringiem oznaczone są w sposób widoczny.
2. Przed wejściem w obszar monitorowany udostępnia się czytelną informację o administratorze, celu, podstawie, zakresie, retencji i prawach osób. Pełna informacja jest dostępna w Rejestracji i na stronie internetowej.
3. Monitoring nie rejestruje dźwięku. Dostęp do obrazu na żywo i nagrań podlega imiennym upoważnieniom, ewidencji operacji i okresowej kontroli zasadności.
4. Monitoring prowadzony jest z poszanowaniem prawa do prywatności oraz obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
5. W Podmiocie ambulatoryjnym nie obejmuje się monitoringiem gabinetów i pomieszczeń udzielania świadczeń, toalet, przebieralni, szatni, pomieszczeń socjalnych ani innych stref szczególnej intymności, chyba że szczególny przepis wyraźnie na to zezwala i spełniono wszystkie jego warunki. Pole widzenia nie może obejmować dokumentacji, ekranów ani czynności intymnych.

§84. Dostęp do nagrań

1. Dostęp do nagrań posiadają wyłącznie osoby upoważnione przez Kierownika.
 2. Udostępnienie nagrań następuje wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
 3. Każde udostępnienie nagrania powinno zostać odnotowane.
-

§85. Przechowywanie nagrań

1. Nagrania przechowuje się wyłącznie przez okres niezbędny do celu, nie dłużej niż 3 miesiące od dnia nagrania, chyba że przepisy odrębne albo prawidłowe zabezpieczenie konkretnego nagrania na potrzeby postępowania uzasadniają dalsze przechowywanie.
 2. Po upływie okresu przechowywania nagrania podlegają automatycznemu usunięciu lub trwałemu nadpisaniu, chyba że zostały zabezpieczone na potrzeby prowadzonego postępowania lub ochrony roszczeń.
-

§86. Bezpieczeństwo obiektu

1. Podmiot stosuje środki organizacyjne i techniczne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osób oraz mienia.
2. Personel zobowiązany jest do niezwłocznego zgłaszania wszelkich zagrożeń mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo obiektu.
3. Szczegółowe zasady postępowania w sytuacjach awaryjnych określają odrębne procedury dotyczące bezpieczeństwa, cyberbezpieczeństwa oraz Planu Ciągłości Działania.

Rozdział XIV

Ochrona Danych Osobowych, Bezpieczeństwo Informacji oraz Cyberbezpieczeństwo

§87. Zasady ogólne

1. Podmiot przetwarza dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z zachowaniem zasad legalności, rzetelności, przejrzystości, minimalizacji danych, ograniczenia celu, prawidłowości, integralności, poufności oraz rozliczalności.
2. Dane osobowe przetwarza się wyłącznie dla konkretnych i prawnie uzasadnionych celów oraz na właściwej podstawie prawnej. Sama umowa z pacjentem, płatnikiem lub kontrahentem nie stanowi automatycznie podstawy przetwarzania ani ujawniania danych o zdrowiu.
3. Ochrona danych osobowych stanowi integralny element systemu zarządzania jakością oraz bezpieczeństwa funkcjonującego w Podmiocie.

4. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych określa Polityka Ochrony Danych Osobowych oraz pozostała dokumentacja RODO obowiązująca w Podmiocie.

§88. Poufność informacji

1. Wszystkie informacje uzyskane podczas wykonywania obowiązków służbowych podlegają ochronie.
2. Obowiązek zachowania poufności obejmuje w szczególności:
 - 2.1 dane osobowe Pacjentów;
 - 2.2 dane dotyczące stanu zdrowia;
 - 2.3 dokumentację medyczną;
 - 2.4 informacje dotyczące działalności Podmiotu;
 - 2.5 informacje dotyczące personelu;
 - 2.6 dane kontrahentów;
 - 2.7 informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa.
3. Personel zobowiązany jest do zachowania poufności zarówno podczas wykonywania obowiązków, jak i po zakończeniu współpracy z Podmiotem.

§89. Upoważnienia do przetwarzania danych

1. Dostęp do danych osobowych posiadają wyłącznie osoby posiadające odpowiednie upoważnienie.
2. Zakres dostępu powinien odpowiadać rzeczywistym obowiązkom wykonywanym przez daną osobę.
3. Upoważnienia podlegają okresowej weryfikacji oraz aktualizacji.
4. Po zakończeniu współpracy dostęp do systemów informatycznych oraz dokumentacji jest niezwłocznie odbierany.

§90. Zabezpieczenie informacji

1. Podmiot stosuje środki organizacyjne oraz techniczne zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa informacji.
2. W szczególności stosowane są:
 - 2.1 indywidualne konta użytkowników;
 - 2.2 mechanizmy uwierzytelniania;
 - 2.3 kontrola uprawnień;
 - 2.4 kopie zapasowe;
 - 2.5 szyfrowanie danych i transmisji stosownie do ryzyka, charakteru danych, kanału komunikacji i możliwości technicznych;
 - 2.6 zabezpieczenia antywirusowe;
 - 2.7 zapory sieciowe;
 - 2.8 systemy monitorowania bezpieczeństwa.

3. Stosowane środki bezpieczeństwa podlegają okresowej ocenie i aktualizacji.
-

§91. Korzystanie z systemów informatycznych

1. Personel korzysta wyłącznie z systemów informatycznych dopuszczonych do użytkowania przez Podmiot.
 2. Zabrania się:
 - 2.1 instalowania nieautoryzowanego oprogramowania;
 - 2.2 korzystania z prywatnych nośników danych bez zgody Kierownika;
 - 2.2 udostępniania danych dostępowych osobom trzecim;
 - 2.3 wykorzystywania systemów służbowych do celów niezgodnych z ich przeznaczeniem.
 - 2.4 Szczegółowe zasady korzystania z systemów informatycznych określa odrębna procedura.
-

§92. Cyberbezpieczeństwo

1. Podmiot prowadzi działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz ochronę przed zagrożeniami cybernetycznymi.
 2. Personel zobowiązany jest do niezwłocznego zgłaszania wszelkich incydentów mogących świadczyć o naruszeniu bezpieczeństwa informacji.
 3. Za incydent uznaje się w szczególności:
 1. podejrzenie przejęcia konta;
 2. utratę urządzenia służbowego;
 3. próbę wyłudzenia danych;
 4. podejrzaną wiadomość elektroniczną;
 5. zainfekowanie komputera złośliwym oprogramowaniem;
 6. nieautoryzowany dostęp do systemów;
 7. utratę lub uszkodzenie danych;
 8. inne zdarzenie mogące wpływać na bezpieczeństwo informacji.
 4. Szczegółowe zasady postępowania określa „Polityka Cyberbezpieczeństwa i Bezpieczeństwa Informacji” oraz „Plan Ciągłości Działania”.
-

§93. Naruszenia ochrony danych

1. Każda osoba wykonująca pracę na rzecz Podmiotu ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych.
2. Zgłoszenie powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki po ujawnieniu zdarzenia.
3. Kierownik organizuje analizę zdarzenia oraz podejmuje działania ograniczające jego skutki.

4. Postępowanie prowadzone jest zgodnie z odrębną procedurą dotyczącą naruszeń ochrony danych osobowych.
-

Rozdział XV

Wyroby medyczne, aparatura, wyposażenie oraz bezpieczeństwo sanitarne

§94. Zasady użytkowania

1. Przed wprowadzeniem urządzenia do użytkowania Podmiot ustala jego status regulacyjny i weryfikuje dokumenty, oznakowanie, instrukcję, warunki instalacji, konfigurację, bezpieczeństwo oraz zgodność z przeznaczeniem. Procedura obejmuje także sprzęt wynajęty, leasingowany, użyczony i demonstracyjny oraz urządzenia zawierające oprogramowanie lub dane pacjentów.
 2. Urządzenia wykorzystywane podczas udzielania świadczeń powinny być użytkowane zgodnie z instrukcjami producentów oraz obowiązującymi procedurami.
 3. Korzystanie z aparatury medycznej dopuszczalne jest wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje lub przeszkolenie.
-

§95. Nadzór nad wyposażeniem

1. Podmiot prowadzi rejestr wyrobów, aparatury i wyposażenia pozwalający odtworzyć identyfikację, lokalizację, status, wersję oprogramowania, przeglądy, naprawy, kalibracje, działania bezpieczeństwa i terminy kolejnych czynności, zgodnie z procedurą PO-11/2026.
 2. Urządzenia podlegają przeglądom technicznym, konserwacji oraz serwisowi zgodnie z wymaganiami producenta i obowiązującymi przepisami.
 3. Zabrania się użytkowania urządzeń:
 1. niesprawnych;
 2. uszkodzonych;
 3. po upływie terminu obowiązkowego przeglądu technicznego, jeżeli wpływa to na możliwość ich bezpiecznego użytkowania.
-

§96. Postępowanie w przypadku awarii

1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego działania urządzenia należy niezwłocznie zaprzestać jego użytkowania.
2. Osoba, która stwierdziła awarię, zobowiązana jest do:
 1. zabezpieczenia urządzenia;
 2. oznaczenia go jako niesprawnego;
 3. poinformowania Kierownika;

4. odnotowania zdarzenia zgodnie z obowiązującymi procedurami.
3. Do czasu usunięcia awarii urządzenie nie może być ponownie wykorzystywane do udzielania świadczeń.

§96a. Zapobieganie zakażeniom

Kierownik zapewnia system zapobiegania zakażeniom odpowiedni do zakresu świadczeń, obejmujący ocenę ryzyka, higienę rąk, środki ochrony indywidualnej, sprzątanie, dekontaminację i – jeżeli dotyczy – sterylizację wyrobów, gospodarkę odpadami medycznymi, postępowanie po ekspozycji zawodowej, szkolenia i monitorowanie nieprawidłowości.

Wyroby jednorazowego użycia nie są używane ponownie. Szczegółowe zasady, odpowiedzialności, stężenia, czasy kontaktu, transport materiału skażonego i dokumentowanie procesów określa procedura PO-12/2026 oraz instrukcje stanowiskowe zgodne z instrukcjami producentów.

Rozdział XVI

Współpraca z podmiotami zewnętrznymi

§97. Zasady współpracy

1. Podmiot współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na podstawie umów lub przepisów określających zakres świadczeń, odpowiedzialność, zasady przekazania pacjenta, wyników i dokumentacji, tryb pilny, zapewnienie ciągłości diagnostyki, leczenia lub rehabilitacji oraz kontakt osób odpowiedzialnych. Dostawcy techniczni, płatnicy i ubezpieczyciele nie są z tego powodu podmiotami współdziałającymi świadczeń.
2. Przed rozpoczęciem współpracy ocenia się uprawnienia partnera, zgodność jego zakresu działalności z RPWDL, kwalifikacje, ubezpieczenie, jakość, bezpieczeństwo, role dotyczące danych i tajemnicy oraz sposób zgłaszania zdarzeń. Przekazuje się wyłącznie informacje niezbędne i na ustalonej podstawie prawnej.
3. Powierzenie przetwarzania danych osobowych następuje wyłącznie na podstawie odpowiednich umów, jeżeli są one wymagane.
4. Wykaz stałych podmiotów współdziałających w procesie udzielania świadczeń, wraz z zakresem współpracy i zasadami ciągłości, prowadzi Kierownik jako załącznik albo rejestr wykonawczy. Zmiana niewpływająca na elementy wymagane w art. 24 ustawy może być dokonana przez aktualizację wykazu; zmiana struktury, zakresu lub miejsca wymaga odpowiedniej zmiany Regulaminu i – gdy dotyczy – RPWDL.

Rozdział XVII

Zarządzanie ciągłością działania

§98. Cel

1. Podmiot zapewnia organizacyjne i techniczne warunki umożliwiające możliwie nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych również w sytuacjach nadzwyczajnych.
 2. Celem zarządzania ciągłością działania jest ograniczenie wpływu zdarzeń losowych, awarii technicznych oraz incydentów bezpieczeństwa na możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych.
 3. Każdy członek personelu zobowiązany jest do współpracy przy realizacji działań mających na celu utrzymanie ciągłości funkcjonowania Podmiotu.
-

§99.

Podmiot przygotowuje się do funkcjonowania w przypadku wystąpienia między innymi:

1. awarii systemu gabinetowego, repozytorium dokumentacji lub usług e-zdrowia;
 2. awarii Internetu;
 3. awarii energii elektrycznej;
 4. awarii aparatury medycznej;
 5. awarii systemów teleinformatycznych;
 6. pożaru;
 7. zalań;
 8. włamań;
 9. cyberataku;
 10. innych zdarzeń mogących zakłócić działalność.
-

§100.

Szczegółowe zasady postępowania określa Plan Ciągłości Działania obowiązujący w Podmiocie.

Rozdział XVIII

Komunikacja z Pacjentami

§101.

Podmiot prowadzi komunikację z Pacjentami w sposób zapewniający rzetelność przekazywanych informacji, ochronę danych osobowych oraz poszanowanie praw Pacjenta.

§102.

Informacje organizacyjne przekazywane są:

- osobiście,
 - telefonicznie,
 - pocztą elektroniczną,
 - za pośrednictwem strony internetowej,
 - poprzez system rejestracji elektronicznej, jeżeli został wdrożony.
-

§103.

Personel przekazuje wyłącznie informacje mieszczące się w zakresie posiadanych kompetencji.

Informacje dotyczące stanu zdrowia przekazywane są wyłącznie przez osoby uprawnione.

§104.

Podmiot może wykorzystywać wiadomości SMS oraz wiadomości elektroniczne w celu:

- przypominania o wizytach;
- przekazywania informacji organizacyjnych;
- przesyłania informacji dotyczących dokumentacji;
- kontaktu związanego z realizacją świadczeń.

Treść wiadomości organizacyjnych ogranicza się tak, aby nie ujawniała rozpoznania ani wrażliwego rodzaju świadczenia. Informacje medyczne i dokumentację przesyła się wyłącznie po weryfikacji adresata, zatwierdzonym kanałem, z zabezpieczeniami adekwatnymi do ryzyka; hasło do zabezpieczonego pliku przekazuje się odrębnym kanałem.

Rozdział XIX

Odpowiedzialność organizacyjna

§105.

Każdy członek personelu odpowiada za prawidłowe wykonywanie powierzonych obowiązków zgodnie z:

- przepisami prawa,
 - Regulaminem Organizacyjnym,
 - obowiązującymi procedurami,
 - standardami zawodowymi.
-

§106.

Osoba, która zauważy nieprawidłowość mogącą mieć wpływ na bezpieczeństwo Pacjenta lub funkcjonowanie Podmiotu, zobowiązana jest do jej niezwłocznego zgłoszenia Kierownikowi.

§107.

Zgłoszenie nieprawidłowości dokonywane w dobrej wierze nie może stanowić podstawy do jakichkolwiek działań odwetowych wobec osoby zgłaszającej.

Podmiot wspiera kulturę otwartej komunikacji oraz uczenia się na błędach i zdarzeniach niepożądanych.

Rozdział XX

Przepisy porządkowe obowiązujące na terenie Podmiotu

§108.

Na terenie Podmiotu obowiązuje zachowanie zapewniające bezpieczeństwo oraz poszanowanie praw innych osób.

§109.

Na terenie Podmiotu zabrania się:

1. spożywania alkoholu;
2. używania środków odurzających;
3. palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i używania wyrobów nowatorskich w miejscach objętych ustawowym zakazem;

4. wnoszenia przedmiotów mogących stwarzać zagrożenie;
5. zakłócania porządku;
6. utrudniania pracy personelu;
7. fotografowania lub filmowania innych Pacjentów bez ich zgody.

§110.

Dzieci pozostające na terenie Podmiotu powinny znajdować się pod opieką rodziców, opiekunów prawnych lub innych osób sprawujących nad nimi pieczę.

§111.

Zwierzęta mogą przebywać na terenie Podmiotu zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny. Osobie korzystającej z psa asystującego zapewnia się dostęp na zasadach ustawowych; ewentualne ograniczenie może wynikać wyłącznie z konkretnego przepisu lub rzeczywistego, niemożliwego do ograniczenia zagrożenia dla udzielanego świadczenia.

Rozdział XXI

Postanowienia końcowe

§112.

1. Regulamin obowiązuje wszystkie osoby wykonujące pracę na rzecz Podmiotu, niezależnie od podstawy zatrudnienia lub współpracy.
 2. Każda osoba rozpoczynająca współpracę z Podmiotem zobowiązana jest do zapoznania się z Regulaminem przed rozpoczęciem wykonywania obowiązków.
 3. Fakt zapoznania się z Regulaminem potwierdzany jest stosownym oświadczeniem.
-

§113.

1. Regulamin podlega udokumentowanemu przeglądowi nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, z udziałem właścicieli procesów właściwych dla działalności leczniczej, praw pacjenta, dokumentacji, jakości, zakażeń, wyrobów, ochrony danych i bezpieczeństwa informacji.
2. Przegląd przeprowadza się również każdorazowo w przypadku:
 1. zmiany przepisów prawa;
 2. zmiany struktury organizacyjnej;
 3. rozszerzenia zakresu działalności;
 4. wystąpienia istotnych zdarzeń wpływających na funkcjonowanie Podmiotu.

§114.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa oraz procedury, instrukcje i polityki obowiązujące w Podmiocie.

§115.

Integralną część Regulaminu stanowią co najmniej następujące załączniki, które przed zatwierdzeniem muszą zostać oznaczone numerem, wersją i datą:

1. Cennik świadczeń zdrowotnych.
 2. Wykaz obowiązujących procedur i polityk oraz Standardy Ochrony Małoletnich
 3. Wzór oświadczenia o zapoznaniu się z Regulaminem.
 4. Wykaz miejsc, jednostek i komórek organizacyjnych zgodny z RPWDL oraz aktualne godziny udzielania świadczeń.
 5. Regulamin zajęć grupowych - PROCEDURA NR PO-13/2026
 6. Polityka No Show - PROCEDURA NR PO-06/2026
 7. Procedura udostępniania dokumentacji medycznej - PROCEDURA NR PO-10/2026
 8. Wykaz miejsc i zakresu monitoringu wizyjnego – wyłącznie jeżeli monitoring został legalnie wprowadzony.
 9. Schemat organizacyjny zakładu leczniczego i wskazanie sposobu kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi.
-

§116.

Regulamin wchodzi w życie w dniu wskazanym na stronie tytułowej, po uzupełnieniu danych faktycznych, sprawdzeniu zgodności z RPWDL, zatwierdzeniu załączników i podaniu pacjentom aktualnych informacji wymaganych w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Miejsce i data

01.09.2026

Kierownik Podmiotu Leczniczego

