



Ewidencja (wykaz) udostępnionej dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ [dalej UoPPiRP] cyt.: „(...) **pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych(...)**”, co oznacza, iż prawem pacjenta jest żądanie realizacji przysługującego mu prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, wystosowane względem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 UoPPiRP cyt.: „(...) **w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599), a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji (...)**”, co oznacza, iż uprawnienie pacjenta ściśle powiązane zostało z obowiązkami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:

- a) obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej,
- b) obowiązkiem przechowywania dokumentacji medycznej,
- c) obowiązkiem udostępniania dokumentacji medycznej dokumentacji medycznej,
- d) obowiązkiem zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji.

Zgodnie z art. 24 ust. 2 UoPPiRP „(...) **dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych (...)**”,

¹ Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

co oznacza, iż podmiot medyczny zobligowany jest do respektowania w zakresie realizacji obowiązku ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej także postanowień odrębnych przepisów.

Ewidencja udostępnionej dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 UoPPiRP cyt.: „(...) **podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:**

- 1) **imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;**
- 2) **sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;**
- 3) **zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;**
- 4) **imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;**
- 5) **imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;**
- 6) **datę udostępnienia dokumentacji medycznej(...)**”,

co oznacza podmiot udzielający świadczeń zdrowotny, realizując swoje obowiązki związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej, zobligowany został także do prowadzenia wykazu z informacjami dotyczącymi udostępnionej dokumentacji medycznej.

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 1) UoPPiRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) **imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna; (...)**”, co oznacza, iż obowiązkiem podmiotu jest odnotowanie danych pozwalających na ustalenie, czyja dokumentacja medyczna została udostępniona².

² Warto zauważyć, iż możliwymi do wystąpienia są stany faktyczne, w których będziemy mieć do czynienia w ramach jednego podmiotu z kilkoma osobami, które noszą te same imiona i nazwiska, stąd lektura samego wykazu może prowadzić nas do błędnych konkluzji, w zakresie tego, czyja, którego Pacjenta dokumentacja medyczna została udostępniona. W mojej ocenie powyższe stanowi uzasadnienie dla tego, aby równoległe prowadzony był rejestr złożonych przez uprawnionych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Wnioski bowiem zawierać muszą informacje pozwalające na identyfikację tożsamości Pacjenta, którego dane będą udostępnione w następstwie jego złożenia.



Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 2) UoPPiRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) **sposób udostępnienia dokumentacji medycznej**(...)”, co oznacza, iż obowiązkiem podmiotu jest odnotowanie tego, w jaki sposób doszło do **udostępnienia dokumentacji medycznej**

Do wglądu.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt. 1) UoPPiRP cyt.: „(...) **dokumentacja medyczna jest udostępniana: (...) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć**(...)”, co oznacza, iż podmiot zobowiązany jest do stworzenia takich warunków, które gwarantować będą możliwość wglądu do dokumentacji medycznej, ale także do baz danych, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zapewniając przy tym możliwość sporządzenia notatek lub zdjęć. Należy dodać, iż ten sposób udostępnienia dokumentacji medycznej powinien być realizowany przy wykorzystaniu środków technicznych, osobowych gwarantujących zabezpieczenie dokumentacji medycznej, wgląd do której jest realizowany, przed jej zniszczeniem, kradzieżą, zgubieniem etc.

Wyciąg, odpis, kopia, wydruk.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt. 2) UoPPiRP cyt.: „(...) **dokumentacja medyczna jest udostępniana: (...) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku**(...)”, co oznacza, iż podmiot udostępnia dokumentację przez sporządzenie jej wyciągu, przez sporządzenie jej odpisu, przez sporządzenie jej kopii, przez sporządzenie jej wydruku.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 8) UoPPiRP „(...) **użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) wyciąg – skrótkowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej** (...)”.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 9) UoPPiRP „(...) **użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) odpis – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem**(...)”.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 10) UoPPiRP „(...) **użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) kopia – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)**(...)”, warto zauważyć iż zgodnie z definicją przez kopie rozumie się kserokopię w postaci papierowej lub kopię w postaci cyfrowego odwzorowania tj. skanu dokumentu zapisanego w postaci elektronicznej.

Wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 3) UoPPiRP cyt.: „(...) **dokumentacja medyczna jest udostępniana: (...) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta** (...)”, co oznacza, iż doszło do ograniczenia sytuacji w których dochodzić będzie do udostępniania oryginału dokumentacji medycznej względem uprzednio obowiązującej regulacji w tym zakresie³. Oryginał dokumentacji medycznej może być udostępniony wyłącznie w przypadku, gdy z wnioskiem wystąpi organ administracji publicznej albo sąd powszechny, jak również, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej w inny sposób, mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

Ustawodawcą kierowała zapewne intencja stworzenia regulacji prawnych, które znajdować będą swoje zastosowanie, w szczególnych sytuacjach, w jakich znalazł się pacjent np. w razie konieczności przeprowadzenia nagłej konsultacji w odrębnym podmiocie; w sytuacji zmiany miejsca udzielania świadczeń względem pacjenta w związku z jego stanem zdrowia uzasadniającym powyższe. W takich stanach faktycznych kluczowe z punktu widzenia przebiegu procesu leczenia okazać może się udostępnienie pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta ujętej w dokumentacji medycznej z innego podmiotu, co stanowi uzasadnienie dla jej udostępnienia w oryginale.

Zgodnie z art. 27 ust 2) UoPPiRP cyt.: „(...) **zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu** (...)”, co oznacza, iż zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, również podlegają udostępnieniu za potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem ich zwrotu po wykorzystaniu.

³ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r., poz. 836), weszła w życie 11 maja 2017 r., i wprowadziła w art. 27 całościową regulację, dotyczącą sposobów udostępniania dokumentacji medycznej. Jedną ze zmian było ograniczenie wydawania oryginałów dokumentacji medycznych oraz jednoznaczne i jak najbardziej precyzyjne określenie tych sytuacji, w jakich dopuszczalne jest udostępnienie dokumentacji poprzez wydanie jej oryginału. Przed ww. nowelizacją, każdy upoważniony podmiot mógł żądać wydania dokumentacji medycznej w oryginale.

Zgodnie z § 78 ust. 2 Rozporządzenia RDM cyt.: „(...) w przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji (...)”, co oznacza, iż podmiot udostępniający dokumentację medyczną w oryginale ma obowiązek pozostawić jej kopię lub pełen odpis, co minimalizować ma negatywne skutki nieodzyskania dokumentacji.

Za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Na informatycznym nośniku danych.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 4 i 5 UoPPIRP cyt.: „(...) dokumentacja medyczna jest udostępniana: (...) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (...) na informatycznym nośniku danych (...)”.

Zgodnie z art. 27 ust. 3 UoPPIRP cyt.: „(...) dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 [za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej] i 5, [na informatycznym nośniku danych] na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (...)”, co oznacza, iż regulamin organizacyjny podmiotu musi wprost przewidywać taką sposobność. Nie będzie zatem możliwości udostępniania dokumentacji medycznej w postaci kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu), jeśli regulamin organizacyjny podmiotu, nie przewiduje sposobności udostępniania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych. Udostępnianie dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych ma fakultatywny charakter dla podmiotu, który może a nie musi wprowadzić takiej możliwości w swoim regulaminie organizacyjnym.

Środki komunikacji elektronicznej.

Zgodnie z art. 2 pkt. 5 Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁴ [dalej UoSUDE] cyt.: „(...) określenia użyte w ustawie oznaczają: (...) środki komunikacji elektronicznej – rozwiązania techniczne, w tym urządzenia teleinformatyczne i współpracujące z nimi narzędzia programowe, umożliwiające indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi, a w szczególności pocztę elektroniczną(...)”, co oznacza, iż pod pojęciem środków komunikacji elektronicznej kryją się nie tylko rozwiązania techniczne w postaci poczty elektronicznej (e-mail)

⁴ Ustawa z 18 lipca 2002 r., o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002r., Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.)

choć najbardziej popularne, mogą to być także innego rodzaju komunikatory, czy rozwiązania programowe umożliwiające przy wykorzystaniu transmisji danych przekazywanie dokumentacji medycznej⁵.

Informatyczny nośnik danych.

Zgodnie z art. 3 pkt. 1 Ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁶ cyt.: „(...) użyte w ustawie określenia oznaczają (...) informatyczny nośnik danych – materiał lub urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej(...)”, co oznacza, iż udostępniana dokumentacja medyczna w postaci papierowej, zapisana zostanie w formie cyfrowej na informatycznym nośniku danych, który daje oprócz tej funkcjonalności także funkcjonalność polegającą na przechowywaniu zapisanych danych i ich odczytywaniu⁷.

Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 3) UoPPIRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej (...)”, co oznacza, iż obowiązkiem podmiotu jest odnotowanie

⁵ Warto nadmienić, iż w sytuacji, w której podmiot zdecyduje się na udostępnianie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, z jednej strony zobligowany jest uwzględniając stan wiedzy technicznej, koszt wdrażania oraz charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie wystąpienia i wadze zagrożenia, wdrożyć odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby zapewnić stopień bezpieczeństwa odpowiadający temu ryzyku, z drugiej strony zmuszony jest do takiego ukształtowania swojego działania, aby nie narazić się na odpowiedzialność z tytułu stosowania niedozwolonych praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Za wątpliwe zatem uznać należałoby rozwiązanie zakładające udostępnianie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, z ograniczeniem do stosowania tylko i wyłącznie w zakresie wymiany informacji z wykorzystaniem profilu ePUAP, a tym samym z ograniczeniem stosowania korespondencji w postaci elektronicznej (e-mail) w innej formie. Z tego względu za zasadne i celowe uznać należy, takie ukształtowanie zasad aby z jednej strony nie stanowiło naruszenia praw zbiorowych pacjentów, a z drugiej gwarantowało bezpieczeństwo danych. Z tego względu każdy przypadek należy traktować indywidualnie i z należytą starannością i dokładnością, pamiętając o przesłankach koniecznych do spełnienia dla realizacji dyspozycji w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej.

⁶ Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r., o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2005r., Nr 64, poz. 565 z późn. zm.)

⁷ Przykładowymi informatycznymi nośnikami danych mogą być: pamięć komputera, pamięci dyskowe, urządzenia pamięciowe USB, płyty CD, DVD. Wraz z rozwojem technologii zmieniają się także rodzaje nośników danych, jedne zastępowane są innymi.

tego, w jakim zakresie do udostępniona została dokumentacja medyczna. Zakresem wniosku o udostępnienie dokumentacji, jak i zakresem który odnotowany zostanie w wykazie udostępnionej dokumentacji, będą rodzajowo wskazane dokumenty zgromadzone w ramach dokumentacji medycznej, ale będą też dokumenty określone przedziałem czasu, czy nazwą poradni, oddziału etc.

Imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 4) UoPPIRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) **imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu** (...)”, co oznacza, iż obowiązkiem podmiotu jest odnotowanie imienia (imion) i nazwiska osoby innej niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana, czyli imienia (imion) i nazwiska osoby której udostępniono dokumentację pacjenta, którego jest ona przedstawicielem ustawowym bądź została przez niego upoważniona, albo upoważniona przez osobę upoważnioną przez niego⁸, w przypadku natomiast udostępnienia na rzecz podmiotów, organów wskazanych treścią art. 26 ust. 3 i 4 UoPPIRP, odnotowuje się jego nazwę.

Imię (imiona) i nazwisko oraz podpis.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 5) UoPPIRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) **imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną** (...)”, co oznacza, iż odnotowuje się w wykazie imię (imiona) i nazwisko osoby która udostępniła dokumentację medyczną oraz jej podpis. Podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną, istotny jest z punktu widzenia dowodowego w przypadku konieczności rozstrzygnięcia kwestii spornej⁹. Podpis może mieć charakter podpisu odwzorowanego w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej. Podpis jednak może mieć charakter elektroniczny w przypadku prowadzenia wykazu w takiej właśnie postaci. Złożenie jednak podpisu, podpisanie

⁸ Podmioty realizując obowiązek prowadzenia wykazu błędnie interpretują ww. zapis, wpisując w to pole imię i nazwisko samego pacjenta który osobiście wnioskował o udostępnienie mu dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby.

⁹ Podmioty realizując obowiązek prowadzenia wykazu skłonne są do jego rozszerzenia poprzez uzupełnianie go o pola, które traktują jako obowiązkowe, jakie zawierają podpis osoby której dokumentacja została udostępniona, warunkując tym samym jej wydanie. Jest to działanie które nie znajduje swojego oparcia w przepisach i uznać należy je za niedopuszczalne. Wskazać także należy na aspekt praktyczny prowadzący się do tego, iż przy takiej formie wykazu składający podpis kolejny odbierający dokumentację z łatwością mógłby zapoznać się z treścią danych osobowych innych osób, zamieszczoną w wykazie w innych pozycjach.

wykazu, samo w sobie jest czynnością, którą należy odróżnić od czynności prowadzącej się do wypełnienia wykazu. W mojej ocenie wymuszać to będzie takie skonstruowanie procedury składania podpisu w postaci elektronicznej, aby oprócz uzupełnienia wykazu o imię (imiona) i nazwisko udostępniającego dokumentację medyczną, dochodziło do zweryfikowania, uwierzytelnienia podpisu przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podmiotu. Podpis zatem musi być możliwy do zweryfikowania przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podmiotu¹⁰.

Data udostępnienia dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 6) UoPPIRP w wykazie zamieszcza się wpis wskazujący na cyt.: „(...) **datę udostępnienia dokumentacji medycznej**(...)”, co oznacza, iż podmiot udostępniający dokumentację zobowiązany jest do odnotowania daty w jakiej zrealizował swój obowiązek. Pozwala to nie tylko na ocenę pracy personelu obsługującego wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej, ale przede wszystkim pozwala na wykazanie, iż wnioski realizowane są, niezwłocznie, że dokumentacja udostępniana jest bez zbędnej zwłoki.

Praktyczne porady dotyczące wykazu udostępnionej dokumentacji medycznej.

Zgodnie z dyspozycją przepisu art. 28 ust. 2a UoPPIRP, którego nowe brzmienie określone zostało w art. 96 pkt 3) projektu Ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich

¹⁰ Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. 3 Rozporządzenia RDM cyt.: „(...) **Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera (...)**oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie: (...) podpis (...)”. Zgodnie z § 10 ust. 2 Rozporządzenia RDM cyt.: „(...) **W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 80** (...)”. Przepis określa warunki, jakie powinny zostać spełnione przy składaniu podpisu w dokumentacji medycznej dopuszczając do wykonania ww. czynności wykorzystanie wewnętrznego systemu teleinformatycznego, który odpowiada określonym wymaganiom, jak i daje możliwość złożenia oraz zweryfikowania podpisu. Jeśli zatem ustawodawca dopuszcza taki mechanizm weryfikacji podpisu składanego jednak w dokumentacji medycznej to tym bardziej za uprawnione uznać należy posługiwanie się analogiczną metodologią w odniesieniu do podpisu, który znajdzie się w wykazie.

danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) [dalej Rozporządzenie RODO] cyt.: „(...) **opłaty (...) nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej: (...) po raz pierwszy w żądanym zakresie (...)**”, co oznacza, iż koniecznością stanie się dokonywanie weryfikacji, tego, czy uprawniony po raz pierwszy, czy po raz już kolejny występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Skrupulatnie odnotowany zakres udostępnionej dokumentacji.

Skrupulatne odnotowywanie zakresów udostępnionej dokumentacji medycznej w prowadzonym przez podmiot wykazie, tak aby jednoznacznie możliwe było do określenia, czy dany wniosek jest pierwszym, czy też już kolejnym wnioskiem uprawnionego w danym zakresie, który uprzednio został już zrealizowany zgodnie z jego kierunkiem, staje się rozwiązaniem nie tyle pożądanym co koniecznym.

Ewidencja wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Wprowadzenie ewidencjonowania przyjmowanych i obsługiwanych wniosków, jest również rozwiązaniem organizacyjnym, które usprawni proces udostępniania dokumentacji medycznej. Pozwoli to na uporządkowanie procesu weryfikacji, co naturalnie nie oznacza, iż podmiot realizował będzie tylko te wnioski które zostały zewidencjonowane tj. spisane wnioski w wersji papierowej, wręcz przeciwnie, wnioski bez względu na swoją formę (papierowa, ustna, elektroniczna) powinny być ewidencjonowane i rozpatrywane.

Osobiście odebrana dokumentacja medyczna.

Z uwagi na fakt, iż nie pobiera się opłaty od pacjenta w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie, warto jest odnotowywać w prowadzonym wykazie status takich udostępnień. Co prawda sam wykaz nie przewiduje konieczności odnotowywania faktu udostępnienia w nim dokumentacji medycznej pacjenta jemu samemu, jednak wprowadzenie powinności takiego odnotowywania pozwoli na dokonywanie weryfikacji, w sytuacji wystąpienia przez pacjenta z kolejnymi wnioskami, tego, czy jest to czy też nie jest pierwszy wniosek o udostępnienie dokumentacji w danym zakresie.

Kopia danych osobowych.

Warto także zaprowadzić ewidencję wniosków złożonych w trybie art. 15 ust. 3 Rozporządzenia RODO, oraz analogiczny wykaz udostępnień zrealizowanych na ich podstawie, co pozwoli na sprawne administrowanie wnioskami i udostępnianymi danymi.

Data: 20.04.2019 r.

Autor: Dominik Spałek