

Wzory pism do świadczeniodawców do zastosowania w sytuacji odmowy świadczeniodawcy spełnienia oczekiwania pacjenta.

Co do zasady w przyjętej powszechnie praktyce, relacje pomiędzy pacjentem a udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej opierają się na słownej wymianie informacji. Jednak zalecenia i wskazania medyczne oczekiwane jest, by zostały odnotowane w dokumentacji medycznej. Np. sugestia pacjenta poddania go stosownym badaniom diagnostycznym w ramach profilaktyki i odmowa lekarza z powodu braku wskazań – jest okolicznością na tyle ważną, że powinno to być odnotowane w dokumentacji. Tak jednak powszechnie się nie dzieje. Pacjent często odsyłany jest pomiędzy ośrodkami leczniczymi w najprzeróżniejszych sprawach, w tym w szczególności z informacjami do przekazania słownego dla innego lekarza. Rodzi to niepotrzebne konflikty i spory. Skala występujących problemów i sytuacji konfliktowych w procesie udzielania świadczeń nakazuje w wielu tych sprawach potwierdzenie działań, które w relacjach świadczeniodawca-pacjent występują a jednocześnie nie pozwalają na w pełni uprawdopodobnienie doświadczeń pacjenta w trybie skargowym. Zmiana formy oddziaływania z werbalnej na pisemną we wszystkich tych incydentach, gdy zawodzi słowne oddziaływanie na podmiot, staje się jedynym najskuteczniejszym środkiem dla zwiększenia uprawdopodobnienia możliwości naruszania uprawnień pacjenta, ale też jak dowodzi praktyka, jest skuteczną metodą skłonienia podmiotu leczniczego do refleksji i działania zgodnego z prawem.

W aspekcie braku zdolności wielu chorych do wyrażania swoich oczekiwań w formie pisemnej, koniecznym jest przekazanie wzorów takich pism w zależności od sytuacji doznawanej przez pacjentów, uznających działanie pracownika podmiotu za naruszające ich prawo. Najczęściej zgłaszane do Rzecznika na infolinie i w pismach sprawy pozwalają na zdefiniowanie najistotniejszych obszarów występowania odstępstw od obowiązujących przepisów prawa. Dane te zostały wykorzystane do przygotowania szeregu wzorów pism, które zawsze należy kierować do zarządzającego podmiotem. Szeregowy pracownik podmiotu nie ma obowiązku prowadzenia kancelarii stąd zawsze może odmówić przyjęcia lub potwierdzenia pisma.

Wzór 1

>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej przez wgląd<

„.....,2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (dokumentu
medycznego) przez wgląd do mojej dokumentacji (dokumentacji dziecka)**

Stosownie do przepisów art. 27 pkt 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o stworzenie mi możliwości niezwłocznego dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia (leczenia mojego dziecka) (wyniku badania wykonanego w dniu....) w poradni.....

(nie przekazujemy informacji o celu wykorzystania dokumentacji medycznej)

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta”

Komentarz: wgląd do dokumentacji medycznej nie wymaga szczególnego przygotowanie dokumentacji w odróżnieniu od wykonania kopii. Zatem oświadczenie woli pacjent, że chce skorzystać z uprawnienia art. 27 pkt. 1 upp powinien być na tyle wystarczające, by zostało spełnione. W praktyce pacjenci spotykają się z odmową. Skarga do instytucji zewnętrznej w skutkach prowadzi do niczego, gdyż kierownik podmioty wystarczy, że zaprzeczy, że pacjent chciał skorzystać z uprawnienia, i sprawa nie będzie rozstrzygnięta. Poprzez działanie pisemne pacjent uprawdopodobni, że chciał skorzystać z prawa, że skoro wystąpił w formie pisemnej, to z pewnością wcześniej odmówiono oraz może skłonić kierownika podmiotu do działania zgodnego z prawem. Jeśli odmówi to również na piśmie, gdyż skierowanie pisma do kierownika rodzi jego obowiązek udzielenia odpowiedzi także w tej formie. Wówczas RPP skutecznie będzie mógł wykonać czynności w ramach jego kompetencji wobec podmiotu leczniczego.

Dostęp do dokumentacji powstaje w momencie, gdy dokument został wytworzony i zaakceptowany.

Wzór 2

>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (dokumentu medycznego w formie kopii<

„.....,2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (dokumentu medycznego w formie kopii

Stosownie do przepisów art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o przekazanie do moich rąk kopii pełnej dokumentacji medycznej (wyniku badania wykonanego w dniu....) dotyczącej leczenia w poradni.....

(nie przekazujemy informacji o celu wykorzystania dokumentacji medycznej)

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta”

Komentarz: wykonanie kopii dokumentacji medycznej wymaga poświęcenia czasu, stąd pacjent nie może oczekiwać natychmiastowego udostępnienia kopii. Podmiot leczniczy ma przede wszystkim prowadzić leczenie a nie zajmować się zasadniczo kopiowaniem dokumentacji. § 78 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej statuuje, że dokumentacja powinna być udostępniona w czasie bez zbędnej zwłoki. Czas ten można zdefiniować przepisami KPA, w których 7 dni jest to czas w pełni umożliwiający zaplanowanie wykonania czynności przygotowania kopii.

Uwaga: Jeśli pacjentowi bardzo zależy na szybkim wykonaniu kopii wówczas:

1. może zwrócić się do kierownika podmiotu z prośbą o możliwość niezwłocznego wykonania
2. Poprosić o wgląd do dokumentacji i przy pomocy aparatu fotograficznego np. telefonu utrwalić dokumenty, by można było wydrukować w domu. Brak jest przepisu zakazującego takiej czynności, a pacjent sam decyduje o formie utrwalenia podczas prawa do wglądu informacji dokumentowanej.

Wzór 3

>Wniosek o czasowe udostępnienie dokumentacji oryginalnej<

„.....,2016.....

Pan/Pani

Dyrektor

Szpitala/ Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o udostępnienie oryginalnej dokumentacji medycznej
(dokumentu medycznego)

Stosownie do przepisów art. 27 pkt 3 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o czasowe udostępnienie mi oryginału dokumentacji medycznej. Jednocześnie oświadczam, że udostępnioną mi dokumentację niezwłocznie zwrócę do Państwa Przychodni po jej wykorzystaniu.

(nie przekazujemy informacji o celu wykorzystania dokumentacji medycznej)

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta”

Komentarz: Zwykle o udostępnienie oryginalnej dokumentacji pacjent występuje, gdy jest ona konieczna do okazania w instytucji, prowadzącej postępowanie o ustalenie pewnych uprawnień w związku ze stanem zdrowia i leczeniem. Warto wiedzieć, że wszystkie te instytucje mają swoje uprawnienia określone w art. 26 ust. 3 upp do występowania do wskazanych przez pacjenta podmiotów o udostępnienie oryginalnej dokumentacji. Niestety, powszechnie cedują to na wnioskodawcę pacjenta. Trzeba pamiętać, że uzyskanie dostępu do oryginału rodzi konsekwencje prawne. Świadczeniodawca wydając oryginał, pozostawia u siebie kopię dokumentacji medycznej. Jeśli pacjent nie zwróci dokumentacji albo dokumentacja ulegnie zniszczeniu czy zagubieniu, podmiot leczniczy nie będzie mógł wykonać kopii dokumentacji z pozostawionej kopii.

Rekomendacja: unikać ubiegania się o dokumentację oryginalną.

Wzór 4

>Wniosek i o udzielenie informacji o przebiegu leczenia<

„.....,2015.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o udzielenie informacji o przebiegu leczenia

W związku z nieskutecznym ubieganiem się o informację o przebiegu mojego (lub pacjenta, w imieniu którego podjęte jest działanie)leczonego w oddziale Państwa Szpitala – stosownie do przepisów art. 9 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udzielenie mi informacji oraz stworzenia mi możliwości skierowania pytań do lekarza leczącego lub ordynatora w tej sprawie.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności skierowania wniosku pisemnego)

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta”

***Komentarz:** lekarz nie ma obowiązku z własnej inicjatywy przekazywać informacji o przebiegu leczenia. Prawo do informacji działa również w odwrotną stronę, to znaczy, że pacjent może nie życzyć sobie by informacja o leczeniu była mu przekazywana. Prawo do informacji zatem polega na artykułowaniu i kierowaniu do lekarza pytań, wówczas powstaje obowiązek jej przekazania. Różnie z tym bywa, lekarz często nie ma czasu, albo udziela informacji lakonicznie, unika odpowiedzi, używa języka niezrozumiałego. Jeśli tak się dzieje i zabiegi o uzyskanie werbalnej informacji są nieskuteczne, wówczas warto skierować wniosek do kierownika podmiotu w tej sprawie.*

Uwaga: masz prawo pytać tak długo, jak długo masz wątpliwości i stawiasz pytania.

Wzór 5

>Wniosek i o udzielenie informacji o przebiegu leczenia osoby zmarłej<

„.....,2015.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o udzielenie informacji o przebiegu leczenia osoby zmarłej

W związku z brakiem stosownego upoważnienia przez zmarłą w dniu.....
moją mamę nr pesel..... zam.
..... - dotyczącego wskazania osoby/ osób do uzyskiwania
dostępu do dokumentacji i informacji o przebiegu leczenia mamy w Państwa
podmiocie leczniczym w zakresie – stosownie do
przepisu art. 14 ustawy ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.
U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udzielenie mi informacji
oraz stworzenia mi możliwości skierowania pytań do lekarza leczącego lub
ordynatora w tej sprawie.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności skierowania wniosku pisemnego)

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta”

Komentarz: *Osoba bliska pacjentowi, który zmarł (najbliższa rodzina) ma prawo do informacji o przebiegu leczenia nawet wówczas, gdy za życia zmarły do wskazał osoby upoważnionej do informacji i dokumentacji. Informacja jest udzielana w ramach ustawowego zwolnienia lekarza z tajemnicy lekarskiej.*

Uwaga: *Uprawnienie to nie dotyczy możliwości uzyskiwania dokumentacji medycznej*

Wzór 6

**>Wniosek o stworzenie warunków skorzystania z prawa do dodatkowej
opieki pielęgnacyjnej<**

„.....,2015.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta i opiekuna prawnego

**Wniosek o umożliwienie mi zapewnienia dodatkowej opieki pielęgnacyjnej
nad hospitalizowanym dzieckiem**

W związku z rozpoczętą hospitalizacją mojego dziecka (imię i nazwisko) w oddziale w oddziale Państwa Szpitala – stosownie do przepisów art. 34 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wykonywanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w toku leczenia.

Jednocześnie informuję, że z uwagi na zatrudnienie po zakończonej hospitalizację będę ubiegała się wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy (L-4) z tytułu opieki nad dzieckiem chorym.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności skierowania wniosku pisemnego)

Podpis opiekuna prawnego dziecka”

***Komentarz:** Ograniczenie do całodobowego pobytu w oddziale może wynikać tylko z zagrożeń epidemicznych a decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz i w trybie nadzoru kierownik podmiotu. Osoba korzystająca z tego prawa może uzyskać za czas pobytu zwolnienie lekarskie z tytułu opieki nad dzieckiem chorym. Zgodnie z interpretacją przepisów ZUS, nie ma znaczenia, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych lecz okoliczność potwierdzająca chorobę dziecka oraz wykonywanie czynności opiekuńczych przez rodzica w szpitalu.*

***Uwaga:** Zapowiedź skorzystania z L4 powinna nastąpić w początkowej fazie opieki. Warto też pamiętać, że orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy jest suwerenną decyzją lekarza.*

Wzór 7

>Wniosek o zarejestrowanie skierowania i wyznaczenie terminu leczenia<

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Szpitala/Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie świadczeń na podstawie skierowania

W załączeniu przekazuję oryginalne skierowanie do poradni..... z wnioskiem o zarejestrowanie i poinformowanie mnie o terminie przybycia na wizytę lekarską stosownie do przepisów art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

Podpis pacjenta”

***Komentarz:** Zarejestrowanie skierowania jest czynnością prostą i słowny komunikat wyrażony telefonicznie czy osobiście (z przekazaniem skierowania) powinien być skuteczny. Niestety, praktyka dowodzi że pacjentom odmawia się rejestracji z powodu wyczerpanego limitu kontraktu, zapisywania do lekarza w ściśle określonym terminie, czy odsyłania do miejsca zamieszkania albo miejsca poprzednio prowadzonego leczenia. Wówczas należy potwierdzić wolę naszego wyboru (art. 29 uośoz) i skierować wniosek pisemny. W razie odmowy można zwrócić się z kopia prowadzonej korespondencji do oddziału NFZ lub Rzecznika Praw Pacjenta.*

***Uwaga:** § 9 i 13 rozporządzenia MZ w sprawie UWU stanowi, że rejestracja odbywa się systematycznie i w każdej chwili, gdy placówka jest dostępna dla pacjentów. Rejestracji można dokonać w każdej dowolnej formie, pamiętając o przekazaniu podmiotu w ciągu 14 dni roboczych oryginalnego skierowania. (zachować jego kopię)*

Wzór 8

**>Wniosek o zarejestrowanie skierowania i wyznaczenie terminu leczenia
na podstawie art. 47c uośoz)<**

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Szpitala/Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie świadczeń na podstawie skierowania

W załączeniu przekazuję oryginalne skierowanie do poradni..... z wnioskiem o zarejestrowanie i poinformowanie mnie o terminie przybycia na wizytę lekarską stosownie do przepisów art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 581).

Jednocześnie załączam kopie dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością.

Załączniki:

Skierowanie do poradni

Skan dokumentu

Podpis pacjenta”

***Komentarz:** osobom ze szczególnymi uprawnieniami świadczenie ambulatoryjne powinno być udzielone w ciągu 7 dni od chwili rejestracji. Osoby te nie są wpisywane na listy oczekujących. W odniesieniu do leczenia stacjonarnego, terminem udzielenia świadczenia powinien być najbliższy wolny termin dla pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami.*

***Uwaga:** uprawnienia wynikające z art. 47c nie dotyczą uzyskiwania świadczeń poza kolejnością w dniu wyznaczonym na udzielenie świadczenia. Regulacja tych kwestii pozostawiona jest prawu wewnętrznemu w podmiocie leczniczym (regulamin porządkowy)*

Wzór 9

**>Wniosek o poddanie pacjenta dodatkowej ocenie stanu zdrowia celem
przyśpieszenia udzielenia świadczenia zdrowotnego<**

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o przyśpieszenie udzielenia świadczenia zdrowotnego

W związku z długim okresem oczekiwania na świadczenie zdrowotne zarejestrowane na podstawie skierowania do leczenia w zakresie i zaplanowane na dzień a także z uwagi na istotne pogorszenie mojego stanu zdrowia w okresie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego, na podstawie art. 20 ust. 7 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) w związku z rozporządzeniem MZ z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotne (Dz. U. z 2005 r. nr 200, poz. 1661) zwracam się z prośbą o poddanie mnie ponownej ocenie stanu zdrowia celem ustalenia nowego przyśpieszonego terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku: np. w związku z odczuwanymi przeze mnie nasilającymi się dolegliwościami nie mogę oczekiwać na tak późną ocenę mojego stanu i wdrożenie odpowiedniego leczenia, co w przypadku schorzenia, z powodu, którego się leczę odgrywa kluczową rolę.)

Podpis pacjenta”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: przepis nadaje pacjentowi prawo do wpływania na termin leczenia poprzez wnioskowanie do kierownika podmiotu. Żadna instytucja za pacjenta nie może tego uczynić.

Uwaga: wniosek pacjenta w tej sprawie musi być rozpatrzony poprzez bezpośrednie badanie i ocenę stanu zdrowia pacjenta.

Wzór 10

>Wniosek o poddanie chorego ponownej ocenie stanu zdrowia przez innego lekarza/pielęgniarkę<

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Przychodni /Szpitala.....

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o ponowną ocenę stanu zdrowia

W związku z zastrzeżeniami o dokonanej oceny stanu zdrowia przez lekarza przeprowadzonej w dniu....., – stosownie do przepisów art. 6 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o poddanie oceny stanu mojego zdrowia przez innego lekarza Przychodni.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta”

Komentarz: Wykorzystując art. 6 upp zawsze możemy kwestionować decyzje medyczną lekarza. Rzecz w tym, by było to uzasadnione a nie wyrażenie jedynie dezaprobaty (sztuka dla sztuki).

Wzór 11

>Wniosek o zwołanie konsylium lekarskiego<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zwołanie konsylium lekarskiego

W związku z wątpliwościami dotyczącymi leczenia diagnostycznego i terapeutycznego w zakresie, prowadzonego w Państwa Ośrodku – stosownie do przepisów art. 6 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o poddanie ocenie stanu mojego zdrowia oraz ustalenia formy i metody leczenia przez konsylium lekarskie.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta”

***Komentarz:** W sytuacji pojawiania się sprzecznych informacji w zakresie diagnostyki i leczenia a także wątpliwości co do toku leczenia w tym także brak ustalenia przyczyn dolegliwości zgłoszonych lekarzowi – wniosek o zwołanie konsylium jest skuteczną metodą wpływania na przebieg i zapewnienia leczenia.*

Wzór 12

>Wniosek o wszczęcie procedury przekazania chorego do ośrodka o wyższym poziomie referencyjności<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o wszczęcie postępowania w sprawie przekazania pacjenta do leczenia w Szpitalu o wyższym poziomie referencyjności

W związku z wątpliwościami dotyczącymi leczenia diagnostycznego i terapeutycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi, przebywającemu w oddziale, Państwa Szpitala – stosownie do przepisów art. 6 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o rozważenie możliwości przekazania chorego do leczenia w ośrodku o wyższym poziomie referencyjności. Powyższe staje się konieczne wobec braku możliwości ustalenia przyczyn, które uzasadniały hospitalizację a także w związku z brakiem z tego powodu właściwej metody leczenia.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta”

Komentarz: *Zdarza się że lekarz szpitala uznaje za konieczne leczenie pacjenta w innym specjalistycznym ośrodku i zamierza wypisać chorego cedując na rodzinę chorego ubiegania się o podjęcie takiego leczenia. W innych przypadkach rodzina obserwuje przebieg leczenia, które jest*

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

nieskuteczne i jej zdaniem niewłaściwe. Warto w takich sytuacjach zwrócić się do kierownika podmiotu, by działania w zakresie zapewnienia leczenia w miejscu, gdzie jest taka zdolność, podjęte zostały przez szpital.

Uwaga: wnioskowanie w tych sprawach dotyczy tylko aspektów medycznych. Aspekty typu zapewnienie leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania, nie mają znaczenia.

Wzór 13

>Wniosek o weryfikację procesu leczenia w związku z zamiarem wypisania pacjenta ze szpitala<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o weryfikację zasadności zakończenia leczenia szpitalnego

W związku z przekazaną mi informacją o zamiarze wypisania z oddziału pacjenta i wątpliwościami dotyczącymi leczenia istniejących zagrożeń dla chorego w sytuacji, moim zdaniem niezakończonego leczenia diagnostycznego i terapeutycznego, a także zaleceniem zgłoszenia się do innego ośrodka leczniczego – stosownie do przepisów art. 6 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o dokonanie weryfikacji zasadności podjętej decyzji o zakończeniu leczenia i wypisaniu chorego ze szpitala.

Jednocześnie w sytuacji wskazań do udzielania świadczeń w innym rodzaju opieki medycznej wnoszę o wszczęcie stosownych działań mających na celu przekazanie chorego do dalszego leczenia zgodnie ze wskazaniami w innym szpitalu lub jeśli wskazania dotyczą zapewnienia dalszego leczenia zachowawczego w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej – do uzgodnionego zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgniacyjno-opiekuńczego..

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: nikt spoza szpitala nie może wpływać na zapewnienie lub przebieg leczenia. Pacjent na mocy art. 6 dysponuje jako jedyny (również osoba upoważniona) uprawnieniem kwestionowania prawidłowości podejmowanych decyzji medycznych

Wzór 14

>Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/ Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego

W związku z zamiarem wypisania mnie ze szpitala w dniu z oddziału zwracam się z prośbą o poddanie mnie stosownej kwalifikacji do transportu sanitarnego z powodu ograniczonej możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej, zgodnie z przepisami art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) oraz rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalne. (krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

Komentarz: Podstawową przesłanką zapewnienia transportu sanitarnego jest przesłanka oceny możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej w sytuacji stanu zdrowia pacjenta. Każda odmowa musi być poprzedzona taką oceną i powinna znaleźć się ona w dokumentacji medycznej.

Wzór 15

>Wniosek o weryfikację leczenia i zapewnienie diagnostyki<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/ Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o weryfikację leczenia i zapewnienie diagnostyki

W związku z dostrzeganym brakiem dotychczasowych efektów leczenia zgłaszanych do lekarza dolegliwości o nieznanym przyczynie oraz brakiem zastosowania skutecznych metod terapii stosownie do przepisu zawartego w art. 6 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się do Pana kierownika z prośbą o weryfikację dotychczas prowadzonego leczenia oraz zapewnienie tego leczenia poprzez zastosowanie metod diagnostycznych pozwalających na postawienie diagnozy oraz ustalenie metody leczenia przez innego lekarza oraz zwołanie w tym przedmiocie konsylium lekarskiego.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

***Komentarz:** pacjenci często zgłaszają, że wizyta u lekarza sprowadza się tylko do rozmowy i uzyskania recepty. Lekarz nie podejmuje żadnych działań zmierzających do ustalenia przyczyn zgłaszanych dolegliwości. Skierowanie wniosku do kierownika podmiotu może zapewnić zmianę sytuacji w procesie leczenia, gdyż pozostawiony jest już dowód zgłoszenia wątpliwości, które w przypadku nieoczekiwanego pogorszenia stanu zdrowia obciąża podmiot odpowiedzialnością cywilną.*

Wzór 16

**>Wniosek o przekazanie informacji w przedmiocie zasadności pobrania
opłaty za wystawione zaświadczenie lekarskie<**

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/ Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

**Wniosek o przekazanie informacji w przedmiocie zasadności pobrania
opłaty za wystawione zaświadczenie lekarskie**

W związku z obciążeniem mnie kwotą słownie: za
wystawione w dniu zaświadczenie lekarskie sporządzone przez
lekarza celem przedłożenia w
..... w związku z ubieganiem się o
..... – stosownie do przepisów wskazanych w
art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581) proszę o przekazanie informacji
uzasadniającej pobranie opłaty lub też zwrot nienależnej opłaty.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

Komentarz: art. 16 ustawy o świadczeniach wskazuje, że pacjent ma prawo do bezpłatnego
zaświadczenia dla celów pomocy społecznej, ustalania świadczeń z organu rentowego, ustalania
niepełnosprawności oraz koniecznego dla zachowania ciągłości leczenia. Każde inne zaświadczenie na
życzenie pacjenta może być płatne.

Wzór 17

>Wniosek o zapewnienie zaleconych badań diagnostycznych w związku z przygotowaniem do leczenia szpitalnego<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zapewnienie zaleconych badań diagnostycznych w związku z przygotowaniem do leczenia szpitalnego

W związku z przekazana mi informacją o konieczności zgłoszenia się do oddziału na planowe leczenie szpitalne z wynikami badań diagnostycznych do wykonania w mojej przychodni rodzinnej – stosownie do § 12 ust. 7 i 8 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) zwracam się o przekazanie informacji o terminie zgłoszenia się do szpitala w celu wykonania niezbędnych i zaleconych przez lekarza szpitala badań diagnostycznych.

Załącznik:

Wykaz koniecznych badań i konsultacji uzyskany od lekarza.

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

Komentarz: § 12 ust. 7 i 8 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nakłada obowiązek na szpital zapewnienia*

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

wszystkich koniecznych badań diagnostycznych i konsultacji w związku z kwalifikowaniem pacjenta do leczenia szpitalnego.

Uwaga: *Pacjent nie może być odsyłany w tych sprawach do lekarza rodzinnego lub innego oraz nie może być nakłaniany do ponoszenia kosztów ich wykonania*

Wzór 18

>Wniosek o przekazanie informacji w przedmiocie zasadności żądania dostarczania dla pacjenta w szpitalu leków i wyrobów medycznych<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o przekazanie informacji w przedmiocie zasadności pobrania opłaty za wystawione zaświadczenie lekarskie

W związku z przekazana mi informacją przez lekarza/pielęgniarkę oddziału o konieczności dostarczenia leków i wyrobów medycznych niezbędnych do zapewnienia właściwego leczenia i opieki podczas leczenia szpitalnego choremu– stosownie do art. 35 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r., poz. 581) proszę o przekazanie informacji uzasadniającej skierowanie do mnie określonego we wstępie oczekiwania Szpitala.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

Komentarz: *Podczas hospitalizacji szpitala powinien zapewnić wszystkie wyroby medyczne i leki niezbędne do leczenia i wynikające ze wskazań medycznych. Żądanie przynoszenia do oddziału leków czy wyrobów medycznych jest niezgodne z przepisem art. 35 ustawy.*

Wzór 19

>Wniosek o zarejestrowanie skierowania i wyznaczenie terminu zgodnie z zaleceniem lekarza do odbycia kontroli udzielonego świadczenia<

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Szpitala /Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie skierowania i wyznaczenie terminu zgodnie z zaleceniem lekarza do odbycia kontroli udzielonego świadczenia

W załączeniu przekazuję oryginalne skierowanie do poradni..... z oraz kopie karty udzielanych świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym z zaleceniem kontroli udzielonego świadczenia po dniach - wnioskiem o zarejestrowanie i potwierdzenie terminu przybycia na kontrolna wizytę lekarską stosownie do przepisów ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 581) zgodnie ze wskazaniami lekarskimi.

Podpis pacjenta”

Komentarz: *W sytuacji udzielonego świadczenia w trybie nagłym (np. przez SOR) i zaleceniem potwierdzonym w karcie informacyjnej SOR do odbycia kontrolnej wizyty w ściśle określonym terminie, każda poradnia specjalistyczna wskazana w skierowaniu ma obowiązek dostosowania się do wskazania medycznego lekarza (stanowisko interpretacyjne NFZ)*

Wzór 20

>Wniosek o informacje w przedmiocie przyczyn uniemożliwienia osobie bliskiej obecności podczas wizyty u lekarza/ badania <

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala/ Przychodni

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o informacje w przedmiocie przyczyn uniemożliwienia osobie bliskiej obecności podczas wizyty u lekarza/ badania

W związku z wyproszeniem z gabinetu/pracowni osobę dla mnie bliską przez lekarza/ diagnostę w dniu stosownie do przepisu zawartego w art. 21 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się do Pana kierownika z prośbą o informacje przedmiocie przyczyn uniemożliwienia mi korzystania z przysługującego mi prawa do zapewnienia mi obecności osoby bliskiej podczas udzielonego świadczenia zdrowotnego.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

***Komentarz:** Jeśli świadczenie jest udzielane w miejscu nie zagrażającym stanowi epidemicznemu, to pacjent ma prawo do zapewnienia obecności osoby bliskiej podczas świadczenia (gabinet lekarski, pracownia usg, itp.).*

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Uwaga: Odmowa obecności osoby bliskiej musi być odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta wraz z przyczyną.

Wzór 21

>Wniosek o zarejestrowanie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej <

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej

W związku z odmówieniem mi przyjęcia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej przez rejestrację przychodni w dniu - stosownie do nadanego mi przepisem art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 581) w załączeniu przekazuje sporządzony przeze mnie formularz deklaracji wyboru z wnioskiem o zarejestrowanie, uaktywnienie i objęcie mnie opieką w podstawowym zakresie.

Podpis pacjenta”

***Komentarz:** adresatem uprawnienia w przepisie art. 28 jest pacjent a nie podmiot leczniczy. Zatem podmiot zgodnie z tym przepisem musi podporządkować się woli dokonanego wyboru pacjenta.*

***Uwaga:** Podmiot leczniczy nie może wymuszać złożenia deklaracji wyboru dla wszystkich członków środowiska rodzinnego ani też warunkować udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie nagłego pogorszenia stanu zdrowia (placówka obca) od złożenia deklaracji wyboru.*

Wzór 22

>Wniosek o wystąpienie do podmiotu leczniczego o przekazanie dokumentacji medycznej dla zachowania ciągłości i kontynuacji leczenia <

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o wystąpienie do podmiotu leczniczego o przekazanie dokumentacji medycznej dla zachowania ciągłości i kontynuacji leczenia

W związku z dokonaniem wyborem lekarza, pielęgniarki i położnej w Państwa Przychodni zwracam się z prośbą o wystąpienie do mojej poprzedniej przychodni POZ (nazwa i adres) o przekazanie mojej dokumentacji medycznej dla zachowania ciągłego i prawidłowego toku realizowanej opieki w podstawowym zakresie.

Podpis pacjenta”

***Komentarz:** Wraz ze złożeniem deklaracji wyboru można zwrócić się do kierownika nowej przychodni, by ta wystąpiła do poprzedniej o przekazanie dokumentacji medycznej. Forma ta pozwala uniknąć pacjentowi straty czasu i kosztów w tej sprawie.*

Wzór 23

>Wniosek o niezwłoczne przekazanie karty informacyjnej leczenia szpitalnego <

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala.....

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o niezwłoczne przekazanie karty informacyjnej leczenia szpitalnego

W związku z okazywaną zwłoką w wydaniu mi karty informacyjnej leczenia szpitalnego po wypisaniu mnie w dniu z oddziału - stosownie do przepisu zawartego w § 24 rozporządzenia MZ z dnia 8 grudnia 2015 nr. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w związku z art. 9 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) zwracam się do Pana kierownika z prośbą o niezwłoczne sporządzenie i przekazanie mi dokumentu zawierającego ważne dla dalszego toku leczenia informacje w związku z odbytym leczeniem szpitalnym.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: karta informacyjna leczenia szpitalnego jest swoistego rodzaju świadectwem, od której zależy dobro zdrowotne pacjenta. Pacjent bez tego świadectwa ma zagrożony dalszy tok leczenia. Karta powinna być wydana w dniu zdarzenia, uzasadniającego jej sporządzenie i wydanie (dzień wypisu ze szpitala).

Wzór 24

>Upewnomoenie czasowych opiekunów dziecka do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych dziecku <

„, 2016.....

Upoważniający: dane opiekunów prawnych

Pełnomocnictwo czasowe dla opiekunów dziecka do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych dziecku

W związku z powierzeniem czasowej opieki nad naszym dzieckiem (imię nr pesel) naszym rodzicom Państwu (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr pesel) na okres wakacji - niniejszym upoważniamy ich do wyrażania zgody w naszym imieniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych dziecku w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia i konieczności uzyskania doraźnej pomocy medycznej w placówkach leczniczych w podstawowym zakresie, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej oraz szpitalu w pobliżu miejsca czasowego pobytu dziecka.

Podpis rodzica/ ców”

Uwaga: do rozważenia potwierdzenie złożenia podpisów pod pełnomocnictwem przez pracownika zadeklarowanej dla dziecka przychodni rodzinnej.

Komentarz: Dysponentem zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest tylko pacjent oraz w stosunku do dzieci i dorosłych ubezwłasnowolnionych – opiekun prawny. Podopieczni czasem przebywają pod opieką innych członków rodzina w odległych miejscowościach. Dla uniknięcia nieporozumień w zakresie tryby udzielania świadczeń, wskazane jest wyposażenie tymczasowych opiekunów w dokument, pozwalający na udzielenie pomocy medycznej.

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Uwaga: W sytuacjach nagłego pogorszenia zdrowia i zagrożenia życia taki dokument nie jest konieczny. Jednakże po odsunięciu zagrożenia i wskazaniach do kontrolnych wizyt planowych, mogą być problemy.

Wzór 25

>Wniosek o informację o szczegółowej specyfikacji źródeł kosztów wskazanych w obciążeniu za korzystanie z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej<

„.....,2015.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta i opiekuna prawnego

**Wniosek o informację o szczegółowej specyfikacji źródeł kosztów
wskazanych w obciążeniu za korzystanie z prawa do dodatkowej opieki
pielęgnacyjnej**

W związku z przekazaną mi notą obciążeniową w kwocie, stanowiącą o kosztach zapewnienia mojemu dziecku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej na podstawie art. 34 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.) – stosownie do art. 35 ustawy zwracam się z prośbą o przekazanie specyfikacji źródeł generowania przeze mnie rzeczywistych kosztów poniesionych przez szpital w związku z moim pobytem.

(krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności skierowania wniosku pisemnego)

Podpis opiekuna prawnego dziecka”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: osoba korzystająca z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w opiece nad hospitalizowanym pacjentem powinna mieć świadomość ponoszenia kosztów generowanych przez szpital w związku z zapewnieniem jej tego prawa. Koszty te jednak muszą być uzasadnione i rzeczywiste. Stąd w sytuacji wątpliwości co do obciążenia (ryczałt ustalony przez szpitala nie daje możliwości weryfikacji obciążenia)- osoba może skierować dość trudno do spełnienia wnioski do kierownika podmiotu, jednakże działanie to jest lege artis.

Wzór 26

>Wniosek o informację w przedmiocie podstaw prawnych żądania przekazania aktualnego skierowania do leczenia specjalistycznego<

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Szpitala/Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie świadczeń na podstawie skierowania

W wyrażonym przez rejestrację przychodni oczekiwaniem dostarczenia aktualnego skierowania do poradni kardiologicznej, w której jestem systematycznie leczona – stosownie do art. 57 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) zwracam się z prośbą o przekazanie źródła przepisu prawa, z którego wynika nałożony na mnie obowiązek.

Podpis pacjenta”

Komentarz: skierowanie do leczenia specjalistycznego jest ważne tak długo, jak długo istnieje przyczyna jego wystawienia. Zatem nie można żądać od pacjenta przedłożenia aktualnego skierowania do poradni, jeśli od ostatniej wizyty w poradni nie minęło 730 dni.

Wzór 27

>Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego – na wizytę pierwszą wizytę do poradni specjalistycznej<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Przychodni POZ

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego na pierwszą wizytę do poradni specjalistycznej

W związku ze skierowaniem do odbycia kontrolnej wizyty w poradni specjalistycznej w dniu, zgodnie z przepisami art. 41 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) oraz rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – uprzejmie proszę o poddanie mnie stosownej kwalifikacji do transportu sanitarnego z powodu ograniczonej możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej (krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

Komentarz: Co do zasady, w sytuacji zalecenia leczenia poszpitalnego lub w ramach skierowania POZ, na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty, zlecenie na transport wystawiane jest przez lekarza POZ, natomiast na kolejną – lekarz tej poradni specjalistycznej. Zlecenie opiera się o badanie możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej w sytuacji zdrowotnej chorego.

Wzór 28

>Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego – na kolejną wizytę w poradni specjalistycznej<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Przychodni/Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o poddanie pacjenta ocenie stanu zdrowia i kwalifikację do transportu sanitarnego na kolejną wizytę w poradni specjalistycznej

W związku z zaleceniem lekarza do odbycia w ramach rozpoczętego leczenia specjalistycznego kolejnej wizyty w poradni w dniu, zgodnie z przepisami art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) oraz rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – uprzejmie proszę o poddanie mnie stosownej kwalifikacji do transportu sanitarnego z powodu ograniczonej możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej (krótkie uzasadnienie dotyczące zasadności wniosku)

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: Co do zasady, w sytuacji zalecenia leczenia poszpitalnego lub w ramach skierowania POZ, na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty, zlecenie na transport wystawiane jest przez lekarza POZ, natomiast na kolejną – lekarz tej poradni specjalistycznej. Zlecenie opiera się o badanie możliwości poruszania się środkami komunikacji publicznej w sytuacji zdrowotnej chorego.

Wzór 29

>Wniosek o uzupełnienie udzielanych świadczeń zdrowotnych w SOR<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor.....

Szpitala

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

**Wniosek o uzupełnienie mi udzielonego mi świadczenia zdrowotnego w
szpitalnym oddziale ratunkowym**

W związku z zaleceniami wydanymi mi słownie przez lekarza SOR Państwa szpitala w toku udzielonego mi świadczenia doraźnego w dniu..... poprzez zgłoszenie się do lekarza POZ po skierowanie do, zlecenie na oraz zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy - – stosownie do § 8 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) zwracam się o uzupełnienie udzielonego mi świadczenia przez wydanie mi medycznych dokumentów zewnętrznych zgodnie z zaleceniami lekarza. Informuję także o bezskuteczności mojego działania w przedmiocie próby zgłoszenia lekarzowi POZ.

Załącznik:

Kopia karty informacyjnej z SOR.

Podpis pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: zgodnie z zapisami § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. 2005, Nr 145 poz.1219) *orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy następuje wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub członka rodziny. Zwolnienie (druk ZUS ZLA) może wystawić wyłącznie ten lekarz, który dokonał oceny zdrowia pacjenta. Podobnie w kwestii innych zaleceń lekarskich, wystawiania skierowań, zleceń, recept – ten lekarz, który wskazuje i zaleca, ma obowiązek przekazania pacjentowi narzędzi do ich realizacji. Odsyłanie do innego lekarza może odbywać się jedynie w ramach przepisów m.in. dotyczących zaleceń specjalistycznych dla lekarza POZ w formie „INFORMACJI DLA LEKARZA POZ”*

Wzór 30

**>Wniosek o zarejestrowanie skierowania i wyznaczenie terminu leczenia -
w związku z wyznaczaniem terminów rejestracji<**

„, 2016.....

Pan/Pani

Kierownik.....

Szpitala/Przychodni

w

Wnioskodawca: dane pacjenta/ lub osoby działającej w jego imieniu

Wniosek o zarejestrowanie świadczeń na podstawie skierowania

W związku z odmówieniem mi zarejestrowania skierowania do poradni i informacją o zapisach w dniu/miesiącu w załączeniu przekazuję oryginalne skierowanie do poradni..... z wnioskiem o zarejestrowanie i poinformowanie mnie o terminie przybycia na wizytę lekarską stosownie do przepisu § 9 i § 13 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400)- rejestracja świadczeń odbywa się w sposób ciągły).

Załączniki:

Skierowanie do poradni

Podpis pacjenta”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: Zgodnie z przepisami ustalającymi zasady dostępu do świadczeń zdrowotnych, czynność rejestrowania świadczenia jest elementarną częścią jego udzielania. Powołane przepisy nakładają obowiązek zapewnienia ciągłości i systematyczności dostępu do świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy placówki. W tym rozumieniu przepisów – wyznaczanie ściśle określonego terminu na zapisy pacjentów na kolejny okres – jest absolutnie niezgodny z normami i narusza prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Wzór 31

>Wniosek o wydanie skierowania do lekarza ze wskazaniem adresu, celem uzyskania zaświadczenia koniecznego do aplikowania przyjęcia ucznia do szkoły ponadgimnazjalnej<

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor

Szkoły Ponadgimnazjalnej.....

w

Wnioskodawca: dane osoby działającej w jego imieniu ucznia/pełnoletni uczeń

Wniosek o wydanie skierowania do lekarza celem uzyskania zaświadczenia w związku z ubieganiem się o przyjęcie do szkoły

W związku z pouczeniem pracownika szkoły o konieczności uzyskania zaświadczenia lekarskiego o braku p/wskazań zdrowotnych do kształcenia się mojego dziecka w Państwa Szkole po ukończeniu szkoły gimnazjalnej oraz odmową lekarza POZ wystawienia takiego dokumentu – na podstawie ust. 4 § 7 w związku z § 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 20 lutego 2004 r. w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do szkół publicznych oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (Dz.U. z 2014 Nr 26, poz. 232 ze zm.) proszę o przekazanie dla dziecka stosownego skierowania oraz wskazanie miejsca poddania się badaniom lekarskim w związku z ubieganiem się o status ucznia Państwa Szkoły.

Uzasadnienie:

Odsyłanie młodzieży do lekarza POZ po zaświadczenie lekarskie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach prawa.

Podpis opiekuna prawnego”

Komentarz: *art. 16 uośoz nie daje podstaw do żądania od lekarza POZ wystawienia bezpłatnego zaświadczenia o braku p/wskazań do podjęcia nauki w szkole ponadgimnazjalnej.*

Wzór 32

**>Wniosek o informację o podstawach prawnych żądania przekazania
zaświadczenia lekarskiego o nieobecności na zajęciach szkolnych dziecka<**

„, 2016.....

Pan/Pani

Dyrektor

Szkoły

w

Wnioskodawca: dane osoby działającej w jego imieniu ucznia/pełnoletni uczeń

**Wniosek o informację o podstawach prawnych żądania przekazania
zaświadczenia lekarskiego o nieobecności na zajęciach szkolnych dziecka**

W związku z wyrażonym oczekiwaniem wychowawcy mojego dziecka ucznia kl. usprawiedliwienie nieobecności na zajęciach szkolnych z powodu choroby w dniach stosownym zaświadczeniem lekarskim – proszę o wskazanie podstaw prawnych takiego żądania.

Jednocześnie zaznaczam, że do osiemnastego roku życia dziecko jest pod moją władzą rodzicielską (art. 92 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 2082 z późn. zm.) zatem usprawiedliwiania nieobecności na zajęciach szkolnych należy do obowiązków opiekuna prawnego dziecka.

Podpis opiekuna prawnego”

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WYDZIAŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY

Komentarz: art. 16 uośoz nie daje podstaw do żądania od lekarza POZ wystawienia bezpłatnego zaświadczenia o chorobie dziecka, celem usprawiedliwienia nieobecności w szkole. Tylko do opiekuna prawnego należy przekazanie informacji szkole o przyczynach nieobecności.

Uwaga: W takim samym stopniu dotyczy to działań w odniesieniu do dziecka uczęszczającego do żłobka, szkoły podstawowej, gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalnej i szkół wyższych (dorosły usprawiedliwia się samodzielnie)

Opracowanie na podstawie najczęściej zgłaszanych problemów przez pacjentów na infolinię oraz doświadczeń o nieskuteczności działań werbalnych w procesie uprawdopodobnienia zdarzeń w postępowaniu skargowym

(-) M. Cytacki Warszawa 2016.08.24