

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

„Centrum Medyczne DP MED”

**DP MED Patrycja Chorążewicz, Dariusz Chorążewicz Spółka Jawna
ul. Modlińska 49
05-110 Jabłonna**

I. Postanowienia Ogólne

1. Spółka DP MED Patrycja Chorążewicz, Dariusz Chorążewicz Spółka Jawna z siedzibą w Jabłonie, zwana dalej Podmiotem leczniczym działa na podstawie:
 - a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)
 - b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
 - c) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.)
 - d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
 - e) umowy spółki jawnej DP MED Patrycja Chorążewicz, Dariusz Chorążewicz z siedzibą w Jabłonie z dnia 23/10/2013 r.
2. Do wykonywania zadań przez Podmiot leczniczy ustala się wewnętrzną organizację, przedstawioną w dalszej części niniejszego Regulaminu, który określa:
 - a) cele i zadania Podmiotu leczniczego,
 - b) strukturę organizacyjną Podmiotu leczniczego,
 - c) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i miejsce ich udzielania,
 - d) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym,
 - e) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu leczniczego oraz sposób kierowania nimi,
 - f) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - g) wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,
 - h) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - i) wysokość pobieranych opłat za świadczenia zdrowotne,
 - j) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne,
 - k) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa Podmiotu leczniczego.

II. Cele i zadania Podmiotu leczniczego

1. Celem Podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, poprawie zdrowia ludności oraz promocji zdrowia, a także wykonywanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonania.

2. Do podstawowych zadań Podmiotu leczniczego należy udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej
 - b) pielęgniarskiej i położniczej opieki środowiskowej
 - c) innej działalności ambulatoryjnej
 - d) działalności stomatologicznej

III. Struktura organizacyjna Podmiotu leczniczego

1. W skład Podmiotu leczniczego wchodzi Centrum Medyczne DP MED (dalej Centrum) z siedzibą w Jabłonie (05-110) przy ul. Modlińskiej 49, będące Przychodnią Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. W skład Centrum wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - a) Poradnia Lekarza POZ /dla dorosłych/ - 0010
 - b) Poradnia Pielęgniarki Środowiskowej - 0032
 - c) Poradnia Położnej Środowiskowej - 0034
 - d) Poradnia chorób wewnętrznych - 1000
 - e) Poradnia alergologiczna – 1010
 - f) Poradnia nadciśnienia tętniczego – 1104
 - g) Poradnia medycyny pracy – 1160
 - h) Poradnia pediatryczna – 1401
 - i) Poradnia położniczo-ginekologiczna – 1450
 - j) Poradnia otolaryngologiczna – 1610
 - k) Poradnia stomatologiczna – 1800
 - l) Poradnia ortodontyczna – 1820
 - m) Poradnia protetyki stomatologicznej – 1830
 - n) Poradnia chirurgii stomatologicznej – 1840
 - o) Punkt Pobrań Materiałów do Badań – 7110
 - p) Pracownia USG – 7210
 - q) Gabinet diagnostyczny – zabiegowy – 9450
 - r) Punkt szczepień – 9600
 - s) Poradnia wenerologiczna – 1202
 - t) Poradnia pulmonologiczna - 1272
 - u) Poradnia onkologiczna – 1240
 - v) Poradnia ortopedyczna – 1580
 - w) Pracownia fizjoterapii – 1310
 - x) Pracownia masażu leczniczego – 1200
 - y) Poradnia gastroenterologiczna – 1050
 - z) Poradnia kardiologiczna – 1100
 - aa) Poradnia endokrynologiczna – 1030
 - bb) Poradnia nefrologiczna – 1130

- cc) Poradnia neurologiczna – 1220
- dd) Poradnia ginekologiczna – 1452
- ee) Poradnia preluksacyjna – 1587
- ff) Poradnia chirurgii ogólnej – 1500
- gg) Poradnia urologiczna – 1640
- hh) Poradnia dietetyczna – 1870
- ii) Poradnia okulistyczna – 1600
- jj) Poradnia chirurgii naczyniowej – 1530
- kk) Poradnia psychologiczna – 1790
- ll) Poradnia seksuologiczna - 1780

III. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych

1. Rodzajem działalności leczniczej Podmiotu leczniczego są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Świadczenia zdrowotne są realizowane w ramach wizyt ambulatoryjnych oraz domowych w miejscu zamieszkania na usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarstwa i położniczej środowiskowej opieki zdrowotnej.
3. Udzielane świadczenia zdrowotne swoim zakresem obejmują badania diagnostyczne i konsultacyjne, usługi pielęgnacyjne i pomocnicze, szczepienia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.
4. Każdy wykonany zabieg u pacjenta związany z przerwaniem ciągłości skóry powinien być poprzedzony wyrażeniem przez pacjenta zgody w formie pisemnej na poniższe:
 - a) Kwalifikacja do szczepienia pacjenta w wieku 0-18 lat
 - b) Zgoda na wykonanie testów skórnych
 - c) Zgoda na wykonanie szczepienia u osoby powyżej 18 roku życia
 - d) Zgoda na zabieg ambulatoryjny
 - e) Zgoda pacjenta na immunoterapię swoistą
 - f) Zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu wybielania
5. Terenem działania Podmiotu leczniczego jest Wieś Gminna - Gmina Jabłonna; Powiat legionowski.

IV. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i spełniających odpowiednie wymagania zdrowotne.
2. Podmiot leczniczy organizuje świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń.

3. Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście (również przez członków rodziny), telefonicznie, drogą elektroniczną (mailowo), przez stronę internetową dpmed.pl, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego w Podmiocie leczniczym.
4. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:
 - a) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
 - b) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
 - c) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Podmiot leczniczy przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - c) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie okresów wymienionych powyżej Podmiot leczniczy niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

6. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.
7. Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie osobom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne oraz odpłatnie osobom nieposiadającym takiego ubezpieczenia. Świadczenia odpłatne są również udzielane pacjentom ubezpieczonym, w zakresie nieobjętym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
8. Osoby ubezpieczone, w celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych, zobowiązane są za każdym razem przedstawić udzielającemu świadczeń dowód ubezpieczenia.
9. Dowodem ubezpieczenia jest:

- a) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni),
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- b) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- c) dla osoby ubezpieczonej w KRUS:
- dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS na rolnika lub domownika podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników, na którym ta osoba została wskazana,
 - zaświadczenie,
 - podstemplowana przez KRUS legitymacja,
 - decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników,
 - dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej,
- d) dla emerytów i rencistów:
- legitymacja emeryta lub rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ. Jeżeli 3. i 4.pozycja numeru zawiera znaki "--", legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ),
 - zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA),
 - aktualny odcinek emerytury lub renty,
 - dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz 1027 z późn. zm.)
- e) dla osoby bezrobotnej:
- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego,
- f) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie:
- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej,
- g) dla członków rodziny osoby ubezpieczonej:
- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki:

ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA, jeżeli zgłoszenie nastąpiło po lipca 2008 r., ZUS ZCZA, jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008r.)

- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS,
- legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia - dotyczy tylko KRUS,
- w przypadku dzieci uczących się - pomiędzy 18. a 26. rokiem życia - dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki - np. legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka,

Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie (potwierdzone np. dowodami osobistymi obojga rodziców), mają zagwarantowane prawo do świadczeń. Nie powinny być odsyłane z powodu braku dowodu ubezpieczenia, nawet jeżeli ubezpieczony rodzic nie dokonał zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia – mimo ustawowego obowiązku,

h) dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby,

i) dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA — w przypadku pobytu na terenie RP,

j) dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim:

- zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia. Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia,

k) dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego,

- zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.

10. Prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych obowiązuje w okresie ubezpieczenia i przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia. W związku z tym potwierdzenia dowodów ubezpieczenia należy dokonywać co 2 miesiące - uznając ich ważność na

okres obejmujący miesiąc, w którym zostało wystawione potwierdzenie oraz następny jako objęty ewentualnym 30 dniowym uprawnieniem do świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia. Wyjątkami od tej zasady są:

- a) legitymacja emeryta - ważna bezterminowo,
- b) zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego do końca terminu ważności,
- c) decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy — ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

11. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego posiadane prawo do świadczeń opieki zdrowotnej pacjent chcący skorzystać z pomocy lekarskiej może złożyć na piśmie oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, które powinno zawierać:

- a) imię i nazwisko,
- b) datę urodzenia,
- c) PESEL,
- d) nazwę instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia,
- e) nazwę oddziału NFZ, do którego pacjent został zgłoszony.

V. Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa Podmiotu leczniczego

1. Komórki organizacyjne Centrum, o których mowa w rozdziale III ust. 2 współdziałają ze sobą w celu zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami znajdującymi się pod opieką Centrum.
2. W razie dostrzeżenia przez pielęgniarkę, położną lub innego pracownika Centrum niepokojących go objawów stanu zdrowia pacjenta, niezwłocznie informuje o tym lekarza w celu podjęcia właściwych działań.
3. Do zadań komórek organizacyjnych Centrum należą w szczególności:
 - a) **Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**
 - ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - leczenie ambulatoryjne chorób osób dorosłych i dzieci, wraz z wizytami domowymi u pacjentów obłożnie chorych,
 - wykonywanie badań profilaktycznych,
 - współpraca z innymi lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzami specjalistami w zakresie konsultacji i leczenia pacjentów wymagających szczególnego postępowania leczniczego,
 - udzielenie świadczeń w zakresie kwalifikacji do zaopatrzenia w środki ortopedyczne i materiały pomocnicze,
 - kierowanie pacjentów na leczenie stacjonarne w oddziałach szpitalnych, sanatoriach i specjalistycznych ośrodkach leczniczych,

- przeprowadzanie ambulatoryjnych badań diagnostycznych z ich analizą i interpretacją medyczną, a także współpraca z innymi laboratoriami i pracownikami diagnostycznymi w celu realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
- orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- zapobieganie powstawaniu urazów poprzez działania profilaktyczno - lecznicze,
- współpraca z instytucjami i zakładami ubezpieczeniowymi w zakresie orzekania i opiniowania o stanie zdrowia osób ubezpieczonych,

b) Poradnia pielęgniarki środowiskowej podstawowej opieki zdrowotnej

- udzielanie świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki środowiskowej podstawowej opieki zdrowotnej,
- opieka nad pacjentami starszymi, dziećmi i osobami dorosłymi w środowisku ich zamieszkania,
- wykonywanie zabiegów pielęgniarskich w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta,
- realizowanie zleceń lekarskich, a także wykonywanie świadczeń medycznych bez zlecenia lekarza lekarskiego, do których pielęgniarka jest uprawniona odrębnymi przepisami,
- wykonywanie badań profilaktycznych pielęgniarki zgodnie z odrębnymi przepisami,
- nadzór nad środowiskiem zdrowym, prowadzenie akcji profilaktycznych, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- współpraca z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzami specjalistami, ośrodkami opieki społecznej, sądem rodzinnym i dla nieletnich, instytucjami i organizacjami społecznymi zajmującymi się opieką nad pacjentami,

c) Poradnia położnej środowiskowej podstawowej opieki zdrowotnej

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji położnej środowiskowej podstawowej opieki zdrowotnej,
- opieka nad kobietą ciężarną w okresie ciąży i porodu,
- opieka nad noworodkiem,
- wykonywanie zabiegów położnej do których położna jest uprawniona bez zlecenia lekarza na podstawie odrębnych przepisów,
- wykonywanie zleceń lekarskich, w szczególności lekarza ginekologa,
- współpraca z lekarzem ginekologiem położnikiem w celu właściwego prowadzenia ciąży pacjentek podopiecznych,
- działania profilaktyczno - lecznicze, prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

d) Punkt Pobrań Materiałów do Badań

- pobieranie materiału zgodnie z zasadami aseptyki,

- przekazywanie pobranego materiału do laboratorium analitycznego,
- e) **Gabinet Diagnostyczny — zabiegowy**
- wykonywanie iniekcji podskórnych, domięśniowych i dożylnych,
 - wykonywanie opatrunków, pomiarów ciśnienia tętniczego,
 - pobieranie krwi oraz materiałów do badań analitycznych,
 - prowadzenie dokumentacji,
 - prowadzenie profilaktyki,
- f) **Gabinet Poradni pediatrycznej**
- badanie i porady lekarskie oraz leczenie,
 - wykonywanie świadczeń medycznych określonych w określonych w zakresie czynności lekarza pediatry,
 - orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- g) **Punkt szczepień**
- planowanie szczepień oraz wykonywanie szczepień wg ustalonego kalendarza u dorosłych i u dzieci
 - przestrzeganie terminu ważności oraz warunków przechowywania szczepionek
- h) **Poradnia stomatologiczna**
- wykonywanie świadczeń medycznych określonych w zakresie czynności lekarza stomatologa
 - prowadzenie leczenia stomatologicznego zgodnie z umową zawartą z NFZ
 - prowadzenie na bieżąco dokumentacji medycznej pacjenta
 - właściwe i racjonalne gospodarowaniem lekami i materiałami stomatologicznymi
 - dbałość o właściwą eksploatację i obsługę sprzętu stomatologicznego
 - utrzymywanie odpowiedniego wyposażenia gabinetu stomatologicznego
 - systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych i jakości świadczonych usług
 - przestrzeganie przepisów wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, tajemnicy lekarskiej i służbowej, dyscypliny pracy, przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, karty praw pacjenta
 - prowadzenie dokumentacji wymaganej przez NFZ
 - prowadzenie oświaty w zakresie stomatologii.
- i) pozostałe komórki organizacyjnego
- badanie i porady lekarskie oraz leczenie,
 - wykonywanie świadczeń medycznych określonych w określonych w zakresie czynności lekarza specjalisty, orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,

4. Podmiot leczniczy w realizacji swoich zadań może współpracować z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, organizacjami społecznymi, fundacjami, stowarzyszeniami naukowymi i innymi instytucjami, których statutowym zadaniem jest działanie na rzecz zdrowia społeczeństwa.

VI. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym, kierują ubezpieczonych pacjentów na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne bądź zabiegi przez wystawienie skierowania.
2. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację, musi być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie.
3. Podmiot leczniczy prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Podmiotu leczniczego, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa.
4. Podmiot leczniczy udostępnia dokumentację, o której mowa wyżej, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, a w razie śmierci pacjenta - osobie przez niego upoważnionej do uzyskania informacji w przypadku jego zgonu.
5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

VII. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentom lub osobom przez nich pisemnie upoważnionym do wglądu do dokumentacji medycznej za życia pacjenta lub / i po jego śmierci, zgodnie z warunkami określonymi w rozdziale IV ust. 4.
2. Pierwsze wydanie dokumentacji medycznej jest bezpłatne. Przy kolejnych wydaniach za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
3. Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2;
4. Za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, opłata nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2.

VIII. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego, pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia ma prawo poznać jego cenę.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) **umowy z pracodawcą** - w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w umowie, a pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi,
 - b) **umowy z partnerem medycznym lub towarzystwem ubezpieczeń** - w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi,
 - c) **indywidualnego rozliczenia z pacjentem**
3. Jeżeli pacjent korzysta z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, wówczas zapłata należności następuje gotówką lub kartą płatniczą, przed odbyciem wizyty lub udzieleniem świadczenia. W przypadku wizyt u stomatologa oraz drobnych zabiegów ambulatoryjnych płatność dokonywana jest po wizycie.
4. Na żądanie pacjenta, udzielający świadczenia zdrowotnego zobowiązany jest wystawić fakturę.

IX. Wysokość opłat za udzielanie świadczenia zdrowotnego innego niż finansowane ze środków publicznych

1. Opłaty mogą być pobierane od pacjentów w następujących przypadkach:
 - a) **za świadczenia medyczne:**
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi nieubezpieczonemu, lub takiemu który nie potrafi udokumentować swojego prawa do świadczeń medycznych w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartych z płatnikami, Partnerami Medycznymi, towarzystwami ubezpieczeniowymi,
 - w przypadku udzielania świadczenia pacjentowi, który zgłosił się do Placówki leczniczej w trybie przyjęcia prywatnego,
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi, który korzysta ze świadczenie nieobjętych umowami z NFZ
 - b) **za czynności administracyjne:**
 - za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie
 - za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, potwierdzonej przez lekarza, dla potrzeb ubezpieczeniowych, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie

- za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, dla potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby,
 - za wydanie orzeczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania kierowców, kandydatów dla kierowców lub pracowników, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie i zawartymi umowami o współpracy
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określona jest w Załączniku nr 2 do Regulaminu organizacyjnego.

X. Sposób kierowania jednostką i komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa Podmiotu leczniczego

1. Na czele Centrum stoi Zarząd - Właściciele oraz Dyrektor Podmiotu leczniczego, którzy reprezentują go na zewnątrz i kierują jego działalnością, zgodnie z postanowieniami umowy spółki.
2. Zarząd oraz Dyrektor pełnią funkcję przełożonych wobec pracowników Podmiotu leczniczego.
3. Do kompetencji Zarządu oraz Dyrektora Podmiotu Leczniczego należy:
 - a) nadzór merytoryczny nad wykonywaniem w Podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych,
 - b) organizowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający optymalne działanie,
 - c) Zarząd oraz Dyrektor jest odpowiedzialny za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki,
 - d) Zarząd oraz Dyrektor zobowiązany jest do przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym dokumentacji medycznej nowemu Zarządowi,
 - e) reprezentowanie Podmiotu leczniczego w zakresie działalności merytorycznej,
 - f) Zarząd lub Dyrektor zatrudnia i zwalniania pracowników, zakupuje urządzenia, aparaturę i materiały potrzebne do działania Podmiotu leczniczego,
 - g) przestrzeganie zasad gospodarności.

XI. Przepis końcowy

1. Regulamin organizacyjny ustalają Wspólnicy spółki.
2. W sprawach nieuregulowanych regulaminem organizacyjnym zastosowanie mają odrębne przepisy oraz decyzje Wspólników.
3. Podanie Regulaminu do wiadomości pacjentów następuje poprzez udostępnienie go na wniosek pacjenta w Rejestracji.