

## **Standardy przestrzegania praw pacjenta w leczeniu szpitalnym - lista kontrolna**

Lp	Obszar/zagadnienie	Tak /nie	Uwagi
<b>I. INFORMACJA DLA PACJENTA O PODMIOCIE LECZNICZYM</b>			
1	Podmiot leczniczy jest prawidłowo oznakowany - podana jest jego pełna nazwa.		
2	Na zewnątrz budynku znajduje się informacja o godzinach otwarcia placówki.		
3	Na zewnątrz budynku znajduje się informacja o możliwości uzyskania świadczeń w ramach NiŚOZ.		
4	Na zewnątrz budynku znajduje się logo NFZ, jeżeli świadczenia są finansowane w ramach środków publicznych.		
5	W widocznym miejscu jest umieszczona informacja o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.		
6	Na stronie internetowej znajdują się informacje o udzielaniu świadczeń w formie teleporad.		
7	Wszystkie informacje o zakresie działalności znajdują się na stronie internetowej w formie pliku elektronicznego, który zawiera tekst odczytywalny maszynowo.		
8	Możliwa jest obsługa pacjentów z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się lub zdalny dostęp online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje.		
9	Podmiot zapewnia ułatwioną komunikację osobom ze szczególnymi potrzebami (słabosłyszącym, niewidomym) poprzez wykorzystywanie środków wspierających np. aplikacji.		
10	Podmiot ma udostępnione informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.		
11	W przypadku pacjentów niemogących się poruszać, informacje o prawach pacjenta, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.		
12	Podano do publicznej informacji, że w podmiocie leczniczym odbywa się kształcenie studentów kierunków medycznych.		
13	Podmiot leczniczy jest przystosowany do udzielenia świadczeń pacjentom z niepełnosprawnościami.		
<b>II. REJSTRACJA</b>			
1	Osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym mają w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję.		
2	W rejestracji jest zachowany ład i porządek.		

3	Podmiot posiada liczbę numerów telefonicznych i rejestratorów, którzy umożliwią pacjentom skuteczny i szybki kontakt z placówką. Istnieje system rejestracji i odpowiedzi telefonicznej pacjentowi w przypadku nieodebranych połączeń.		
4	Pacjent ma możliwość do ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej telefonicznie.		
5	Pacjent ma możliwość do ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej drogą elektroniczną.		
6	Pacjent ma możliwość do ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej poprzez osoby trzecie.		

### III. UDZIELANIE PACJENTOWI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

#### 1. PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1	Opracowano i wdrożono procedurę ustalania terminów wizyt /przyjęć pacjentów.		
2	W razie ograniczonej dostępności do świadczeń oceny stanu zdrowia w zakresie ustalenia kolejności przyjmowania pacjentów - dokonuje osoba wykonująca zawód medyczny.		
3	Opracowano i wdrożono procedurę przyjmowania pacjenta w trybie pilnym z bezpośrednim zagrożeniem życia.		
4	Opracowano i wdrożono procedurę przedłużania recept.		
5	Kontynuacji leku na zlecenie lekarza dokonuje pielęgniarka.		
6	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania informacji w zakresie miejsca/podmiotu wykonywania badań diagnostycznych laboratoryjnych.		
7	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania informacji w zakresie miejsca/podmiotu wykonywania badań diagnostycznych obrazowych.		
8	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentowi informacji o wynikach alarmowych.		
9	Opracowano i wdrożono procedurę koordynacji pracy członków zespołu terapeutycznego dotyczącą kontynuacji leczenia pacjenta w innych podmiotach leczniczych.		
10	Pacjent otrzymuje informacje o metodach diagnostycznych i terapeutycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, także o niefinansowanych w ramach środków publicznych.		
11	Pacjent ma możliwość zasięgnięcia opinii innego lekarza lub zwołania konsylium.		
12	Pacjent ma możliwość zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki lub położnej.		
13	Opracowano i wdrożono procedurę zgłaszania kierownikowi zamiaru odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.		
14	Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego jest odnotowywana w dokumentacji medycznej.		
15	Wdrożono wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Konsultanta Krajowego ds. Medycyny ratunkowej tj.: dobrych praktyk postępowania w SOR i izbach przyjęć.		

16	Opracowano i wdrożono procedury w sytuacja szczególnych - braku możliwości przyjęcia pacjenta (np. brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia).		
17	Opracowano i wdrożono procedurę określającą schemat postępowania w przypadku gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby hospitalizowanej.		
18	Opracowano i wdrożono procedury w zakresie przekazywania pacjentów w systemie zmianowym i zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskim i pielęgniarskim.		
19	Opracowano i wdrożono procedury w zakresie przekazywania pacjentów do innych placówek w celu kontynuacji leczenia.		
20	Opracowano i wdrożono procedury w zakresie przeprowadzania konsultacji lekarskich lub badań.		
21	Opracowano procedury wdrożenia standardów opieki okołoporodowej w związku z porodem rodzinnym, także w okresie zagrożenia epidemiologicznego.		

## 2. PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

1	Pacjent uzyskuje informacje o korzyściach i możliwych działaniach niepożądanych zastosowanego świadczenia zdrowotnego.		
2	Powyższa informacja jest umieszczana w dokumentacji medycznej.		
3	Personel medyczny został przeszkolony w zakresie komunikacji z pacjentem.		
4	Pacjent otrzymuje informację gdzie ma zgłosić w przypadku wystąpienia działań niepożądanych zaleconego postępowania leczniczego (leki, sprzęt, zalecenia np. dieta).		
5	Jest formularz dotyczący zgłaszania działań niepożądanych w wyniku leczenia pacjenta.		
6	Jest osoba odpowiedzialna za zbieranie informacji dotyczącej niepożądanych skutków leczenia.		
7	Pacjent otrzymuje wyczerpującą informację dotyczącą różnych metod /możliwości leczenia zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, także spoza zakresu działalności podmiotu.		
8	Jest zatrudniona osoba (koordynator) informująca /umożliwiająca /pomagająca w zakresie kontynuacji leczenia pacjenta.		
9	Jest zatrudniona osoba (koordynator) kontaktująca się z pacjentem i koordynująca proces leczenia po zakończonej wizycie.		
10	Udziela się pacjentowi informacji na temat sposobów wzywania pomocy w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia.		

## 3. PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH / ZWIĄZANIE Z PODANIEM PRODUKTÓW LECZNICZYCH

1	Personel medyczny został przeszkolony z zakresie formy zgłaszania działań niepożądanych.		
2	Personel ma dostęp do formularza zgłaszania działań niepożądanych.		
3	Pacjent jest informowany o możliwości zgłoszenia personelowi medycznemu niepożądanych działań produktów leczniczych.		

4	Istnieje system weryfikacji interakcji międzylekowych.		
5	Podmiot ma procedurę ubiegania się o sfinansowanie leku dla pacjenta w ramach RDTL.		
6	Jest wdrożona metoda weryfikacji personelu medycznego w zakresie informowania pacjenta o działaniach niepożądanych zlecanych wyrobów medycznych.		
<b>4. PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH</b>			
1	Personel został przeszkolony w zakresie obowiązku poszanowania tajemnicy pacjenta.		
2	Wprowadzono zasady przekazywania informacji o pacjencie w ramach zespołu terapeutycznego z zachowaniem zasad poufności.		
3	Opracowano i wdrożono procedurę obchodów lekarskich lub pielęgniarskich - w poszanowaniu zasad poufności wobec osób nie biorących udziału w opiece nad pacjentem.		
4	Pacjent lub osoby przez niego upoważnione są informowane o formach, miejscu i czasie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta.		
5	Opracowano i wdrożono procedury dotyczące przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i dostępu do dokumentacji medycznej.		
6	Przeszkolono personel w zakresie procedury przekazywania informacji na żądanie organów władzy publicznej.		
7	Opracowano i wdrożono procedurę niezwłocznego powiadamiania osoby wskazanej przez pacjenta lub instytucji lub przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskiej w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub śmierci pacjenta.		
<b>5. PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>			
1	Personel przeszedł szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem tak, aby mógł uzyskać od pacjenta świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne.		
2	Każdorazowo personel medyczny uzyskuje zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań.		
3	Każdorazowo personel medyczny uzyskuje pisemną zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegu operacyjnego lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko.		
4	W podmiocie są stosowane formularze zgody pacjenta w przypadku świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.		
5	W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, odbierana jest zgoda podwójna tj. przedstawiciela ustawowego jak i samego małoletniego pacjenta.		
6	Opracowano i wdrożono procedurę zgłaszania do sądu opiekuńczego informacji o udzielonych w trybie nagłym świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta w sytuacjach pilnych i stabilnych.		
7	Opracowano i wdrożono procedurę zgłaszania do sądu opiekuńczego informacji na okoliczność uzyskania zgody na hospitalizację osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej w sytuacji sprzeciwu przedstawiciela ustawowego.		

<b>6. POSZANOWANIE GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA W TRAKCIE PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>			
1	Personel sprawujący opiekę medyczną nad danym pacjentem wita się, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nim.		
2	Pacjenci mają możliwość złożenia skargi, uwagi i wniosku.		
3	Personel prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę.		
4	Personel szanuje prywatność pacjenta i poczucie intymności.		
5	Jest wprowadzony system mający na celu zachowanie poufności w trakcie zapraszania do gabinetu.		
6	Złożone wnioski, skargi podlegają wewnętrznej ocenie. Pacjent jest informowany o formie i treści oceny wewnętrznej - odpowiedzi do złożonego wniosku, skargi.		
7	Pacjent na bieżąco jest informowany o planowanych działaniach medycznych.		
8	Pacjent jest informowany o dostępnych sposobach łagodzenia bólu i po uzgodnieniu z nim podejmowane jest adekwatne leczenie.		
9	Na bieżąco podejmowane są działania polegające na określeniu natężenia bólu.		
10	Na bieżąco monitoruje się skuteczność leczenia bólu.		
11	Pacjent do gabinetu wchodzi sam bez osób postronnych.		
12	Istnieje system informujący osoby postronne o zakazie wejścia do gabinetu w trakcie udzielania świadczeń.		
13	Na życzenie pacjenta jest zagwarantowana możliwość obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego.		
14	W przypadku odmowy przez personel lub/i pacjenta obecności osoby bliskiej pacjenta, fakt ten odnotowany jest w dokumentacji medycznej pacjenta.		
15	Świadczenie zdrowotne jest wykonywane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym, w którym nie można pacjenta z zewnątrz ani oglądać, ani podsłuchać.		
16	W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego personel medyczny i administracyjny niezaangażowany w to świadczenie ma zakaz wchodzenia do gabinetu.		
17	Dziecko ma zagwarantowane prawo do jednoczesnej obecności matki i ojca.		
18	U pacjenta unieruchomionego w łóżku lub obłożnie chorego, przebywającego w wieloosobowej sali, badania lub zabiegi są przeprowadzane z poszanowaniem intymności i godności z zastosowaniem na przykład odpowiednich parawanów lub innych skutecznych zabezpieczeń.		
<b>7. PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>			
1	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta.		
2	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej przedstawicielowi prawnemu pacjenta.		

3	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.		
4	Są formularze/wnioski o wydanie dokumentacji medycznej dla powyższych procedur.		
5	Są procedury dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta dla ZUS, US, ZU, innym instytucjom na wniosek.		
6	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku pacjenta bez kontaktu/bez kontaktu logicznego, w sytuacji braku upoważnienia innej osoby przez pacjenta, braku ubezwłasnowolnienia i braku przedstawiciela prawnego.		
7	Dokumentacja medyczna jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.		
8	Dokumentacja medyczna jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w zakresie RODO.		
9	Dokumentacja medyczna jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.		
10	Jest spis wymaganej dokumentacji prowadzonej w trakcie leczenia pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami.		
11	Aktualny cennik za dokumentację medyczną jest określony w regulaminie organizacyjnym i podany do publicznej wiadomości.		
12	Jest prowadzona właściwa dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego przez personel zgodnie z przepisami.		
13	Pacjent lub osoby przez niego upoważnione mają dostęp do dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji.		
14	Przekazuje się pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej informacji o formach, miejscu i czasie wglądu do dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji.		

### **8. PRAWO PACJENTA DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWI WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA**

1	W podmiocie leczniczym jest informacja ogólnodostępna dotycząca prawa pacjenta do sprzeciwu dotyczącej opinii lekarskiej.		
2	W podmiocie leczniczym jest informacja dla Pacjenta dotycząca procedury wnoszenia sprzeciwu wydanej opinii.		
3	Jest formularz sprzeciwu Pacjenta odnośnie opinii dotyczącej stanu zdrowia pacjenta.		
4	Jest osoba odpowiedzialna za informację i przyjmowanie wniosków dotyczących sprzeciwu Pacjenta wobec wydanej opinii medycznej.		

### **9. PRAWO PACJENTA DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO**

1	Pacjenci w trakcie udzielania świadczeń mają możliwość kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.		
2	Podmiot leczniczy zapewnia pacjentowi możliwość kontaktu telefonicznego z innymi osobami.		
3	Pacjenci w trakcie udzielania świadczeń mają możliwość kontaktu osobistego z innymi osobami.		
4	Opracowano i wdrożono procedurę realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę jej bliską, czyli opieki, która		

	nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych – w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu.		
5	Jest opracowany aktualny cennik za obecność przy porodzie w regulaminie organizacyjnym i podany do publicznej wiadomości.		
6	Opracowano i wdrożono procedurę odwiedzin pacjenta na okres zagrożenia epidemiologicznego.		
7	Opracowano i wdrożono procedurę sprawowania dodatkowej opieki nad pacjentem na okres zagrożenia epidemiologicznego.		
8	W trakcie porodu istnieje możliwość towarzyszenia osoby bliskiej.		
9	W podmiocie są implementowane rekomendacje i wytyczne organów administracji publicznej dotyczące odwiedzin pacjentów.		
<b>10. PRAWO PACJENTA DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ</b>			
1	W podmiocie jest zagwarantowana dla pacjentów bezpłatna opieka duszpasterska.		
2	Podmiot zapewnia dostęp do opieki duszpasterskiej zgodnie z wyznawaną przez pacjenta religią.		
3	W podmiocie jest zapewnione pomieszczenie przeznaczone dla realizacji praktyk religijnych oraz do zapewnienia dostępu osoby duchownej wyznaczonej przez władze Kościoła czy innej wspólnoty religijnej.		
<b>11. PRAWO PACJENTA DO PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE</b>			
1	Pacjent ma możliwość bezpłatnego pozostawienia rzeczy wartościowych w depozycie.		
2	W podmiocie leczniczym jest procedura prowadzenia depozytu rzeczy wartościowych pacjenta.		
3	Wyznaczono osobę odpowiedzialną za przyjmowanie, przechowywanie i zwracanie rzeczy przechowywanych w depozycie pacjentowi lub osobie upoważnionej.		
4	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania rzeczy z depozytu po śmierci pacjenta.		
5	Jest procedura pobierania i wydawania rzeczy pacjentowi.		
6	Jest procedura pobierania i wydawania rzeczy pacjenta rodzinie lub innej osobie.		
<b>IV. BEZPIECZEŃSTWO</b>			
1	Opracowano i wdrożono procedurę stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów w oddziałach niepsychiatrycznych.		
2	Przeszkolono personel medyczny w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego i zgłaszania jego zastosowania.		
3	Opracowano i wdrożono procedurę współpracy z policją i innymi służbami w przypadku pacjenta agresywnego.		
4	Opracowano i wdrożono procedurę na okoliczność śmierci pacjenta w związku z postępowaniem ze zwłokami i przeprowadzeniem sekcji zwłok.		
7	Opracowano i wdrożono procedurę zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym.		

8	Opracowano i wdrożono procedurę postępowania z pacjentem zakażonym, wymagającym izolacji.		
9	Podmiot posiada procedurę (wytyczne) dotyczącą zgłaszania zdarzeń niepożądanych.		
10	Jest prowadzony rejestr zdarzeń niepożądanych.		
11	Jest osoba odpowiedzialna za bieżące monitorowanie i realizowanie procedur dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.		
12	Zdarzenia niepożądane podlegają analizie i są wdrażane wnioski z analizy mające na celu wprowadzenie zmian w regulaminie/procedurze.		
13	Świadczenia zdrowotne są udzielane w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.		
14	Podmiot zapewnia udzielanie świadczeń osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem umowy z NFZ.		
15	Podmiot korzysta z uwierzytelnionego systemu informatycznego w ochronie zdrowia lub konta np. w aplikacji gabinet.gov.pl.		
<p><i>W niniejszym dokumencie przez „procedurę” rozumie się wskazówkę określającą sposób działania, wewnętrzny standard postępowania, przyjętą dobrą praktykę, regulamin organizacyjny, zarządzenie etc.</i></p>			

*Opracowane przez zespół ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta:  
prof. dr hab.*

*Dorota Karkowska*

*dr n. pr. Janusz*

*Jaroszyński*

*dr n. med. Feliks*

*Orchowski*

*Igor Grzesiak*

## **Standardy przestrzegania praw pacjenta w POZ - lista kontrolna**

Lp	Obszar/zagadnienie	Tak/ nie	Uwagi
<b>I. INFORMACJA DLA PACJENTA O PODMIOCIE LECZNICZYM</b>			
1	Podmiot leczniczy jest prawidłowo oznakowany - jest podana jego pełna nazwa.		
2	Na zewnątrz budynku znajduje się informacja o godzinach otwarcia placówki.		
3	Na zewnątrz budynku znajduje się informacja o możliwości uzyskania świadczeń w ramach NiŚOZ.		
4	Na zewnątrz budynku znajduje się logo NFZ, jeżeli świadczenia są finansowane w ramach środków publicznych.		
5	W podmiocie znajdują się informacje w formie ogólnodostępnej o zakresie i rodzaju świadczeń finansowanych w ramach NFZ.		
6	W podmiocie znajdują się informacje o zakresie i rodzaju świadczeń komercyjnych, nie finansowanych przez NFZ.		
7	W widocznym miejscu jest umieszczona informacja o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot		
8	Na stronie internetowej znajdują się informacje o udzielaniu świadczeń w formie teleporad.		
9	Wszystkie informacje o zakresie działalności znajdują się na stronie internetowej w formie pliku elektronicznego, który zawiera tekst odczytywalny maszynowo.		
10	Możliwa jest obsługa pacjentów z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się lub zdalny dostęp online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje.		
11	Podmiot zapewnia ułatwioną komunikację osobom ze szczególnymi potrzebami (słabosłyszącym, niewidomym) poprzez wykorzystywanie środków wspierających np. aplikacji.		
12	Podmiot udostępnia informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie ich w miejscu ogólnodostępnym.		
13	W przypadku pacjentów niemogących się poruszać, informacje o prawach pacjenta udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.		
14	Podano do publicznej informacji, że w podmiocie leczniczym odbywa się kształcenie studentów kierunków medycznych.		
15	Podmiot leczniczy jest przystosowany do udzielenia świadczeń pacjentom z niepełnosprawnościami.		
<b>II. REJSTRACJA</b>			

1	W czasie rejestracji pacjent ma zapewnioną poufność przekazywanych informacji.		
2	Pacjent ma dostęp do informacji o możliwości dokonania wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej w ramach zespołu POZ.		
3	Pacjent ma możliwość składania oświadczenia woli o wyborze lekarza, pielęgniarki/położnej POZ w postaci papierowej /elektronicznej /za pośrednictwem IKP.		
4	Podmiot informuje pacjenta o możliwości zmiany członka zespołu POZ.		
5	W rejestracji jest zachowany ład i porządek.		
6	Opracowano i wdrożono procedurę w zakresie przyjmowania pacjentów niemających złożonych deklaracji do POZ w przypadkach pilnych, ale nie wymagających wizyty na SOR.		
7	Podmiot posiada liczbę numerów telefonicznych i rejestratorów, którzy umożliwią pacjentom skuteczny i szybki kontakt z placówką. Istnieje system rejestracji i odpowiedzi telefonicznej pacjentowi w przypadku nieodebranych połączeń.		
8	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty lekarskiej domowej w przychodni oraz domowej osobiście.		
9	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej telefonicznie.		
10	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej drogą elektroniczną.		
11	Pacjent ma możliwość do ustalenia wizyty lekarskiej w przychodni oraz domowej poprzez osoby trzecie.		
12	Pacjent ma możliwość do ustalenia wizyty pielęgniarek/położnych w przychodni oraz domowej osobiście.		
13	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty pielęgniarek/położnych w przychodni oraz domowej telefonicznie.		
14	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty pielęgniarek/położnych w przychodni oraz domowej drogą elektroniczną.		
15	Pacjent ma możliwość ustalenia wizyty pielęgniarek/położnych w przychodni oraz domowej poprzez osoby trzecie.		

### **III. UDZIELANIE PACJENTOWI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

#### **1. PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1	Opracowano i wdrożono procedurę ustalania terminów wizyt /przyjęć pacjentów.		
2	W razie ograniczonej dostępności do świadczeń oceny stanu zdrowia w zakresie ustalenia kolejności przyjmowania pacjentów - dokonuje osoba wykonująca zawód medyczny.		
3	Zasadą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjenta w dniu rejestracji.		
4	Opracowano i wdrożono procedurę przyjmowania pacjenta w trybie pilnym z bezpośrednim zagrożeniem życia.		
5	Opracowano i wdrożono procedurę przedłużania recept.		
6	Kontynuacji leku na zlecenie lekarza dokonuje pielęgniarka.		

7	Opracowano i wdrożono procedurę lekarskich wizyt domowych.		
8	Opracowano i wdrożono procedurę pielęgniarskich wizyt domowych.		
9	Opracowano i wdrożono procedurę położniczych wizyt patronażowych.		
10	Opracowano i wdrożono procedurę udzielania porady pielęgniarskiej.		
11	Opracowano i wdrożono procedurę udzielania porady położnej.		
12	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania informacji w zakresie miejsca/podmiotu wykonywania badań diagnostycznych laboratoryjnych.		
13	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania informacji w zakresie miejsca/podmiotu wykonywania badań diagnostycznych obrazowych.		
14	Opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentowi informacji o wynikach alarmowych.		
15	Opracowano i wdrożono procedurę koordynacji dalszego leczenia pacjenta poza POZ.		
16	Pacjent ma możliwość zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki lub położnej.		
17	Opracowano i wdrożono procedurę zgłaszania kierownikowi zamiaru odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.		
18	Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego jest odnotowywana w dokumentacji medycznej.		
19	Opracowano i wdrożono procedury w sytuacjach szczególnych - braku możliwości przyjęcia pacjenta (np. brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia).		
20	Opracowano i wdrożono procedury w zakresie przekazywania pacjentów do innych placówek w celu kontynuacji leczenia.		
21	Opracowano i wdrożono procedury w zakresie przeprowadzania konsultacji lekarskich lub badań.		
<b>2. PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI</b>			
1	Pacjent uzyskuje informacje o korzyściach i możliwych działaniach niepożądanych zastosowanego świadczenia zdrowotnego.		
2	Powyższa informacja jest umieszczana w dokumentacji medycznej.		
3	Personel medyczny został przeszkolony w zakresie komunikacji z pacjentem.		
4	Pacjent otrzymuje informację gdzie ma zgłosić w przypadku wystąpienia działań niepożądanych zaleconego postępowania leczniczego (leki, sprzęt, zalecenia np. dieta).		
5	Jest formularz dotyczący zgłaszania działań niepożądanych w wyniku leczenia pacjenta.		
6	Jest osoba odpowiedzialna za zbieranie informacji dotyczącej niepożądanych skutków leczenia.		
7	Pacjent otrzymuje wyczerpującą informację dotyczącą różnych metod /możliwości leczenia zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, także tych niefinansowanych w ramach środków publicznych.		

8	Jest zatrudniona osoba (koordynator) informująca /umożliwiająca /pomagająca w zakresie kontynuacji leczenia pacjenta.		
9	Jest zatrudniona osoba (koordynator) kontaktująca się z pacjentem i koordynująca proces leczenia po zakończonej wizycie.		
10	Udziela się pacjentowi informacji na temat sposobów wzywania pomocy w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia.		
<b>3. PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH / ZWIĄZANE Z PODANIEM PRODUKTÓW LECZNICZYCH</b>			
1	Personel medyczny został przeszkolony z zakresie formy zgłaszania działań niepożądanych.		
2	Personel ma dostęp do formularza zgłaszania działań niepożądanych.		
3	Pacjent jest informowany o możliwości zgłoszenia personelowi medycznemu niepożądanych działań produktów leczniczych.		
4	Istnieje system weryfikacji interakcji międzylekowych.		
5	Jest wdrożona metoda weryfikacji personelu medycznego w zakresie informowania pacjenta o działaniach niepożądanych zlecanych wyrobów medycznych.		
<b>4. PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH</b>			
1	Personel został przeszkolony w zakresie obowiązku poszanowania tajemnicy pacjenta.		
2	Wprowadzono zasady przekazywania informacji o pacjencie w ramach zespołu terapeutycznego z zachowaniem zasad poufności.		
3	Opracowano i wdrożono procedury dotyczące przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i dostępu do dokumentacji medycznej.		
4	Przeszkolono personel w zakresie procedury przekazywania informacji na żądanie organów władzy publicznej.		
5	Opracowano i wdrożono procedurę niezwłocznego powiadamiania osoby wskazanej przez pacjenta lub instytucji lub przedstawiciela ustawowego lub osób bliskich w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub śmierci pacjenta.		
<b>5. PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>			
1	Personel przeszedł szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem, tak aby mógł uzyskać od pacjenta świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne.		
2	Każdorazowo personel medyczny uzyskuje zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań.		
3	Każdorazowo personel medyczny uzyskuje pisemną zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań o podwyższonym ryzyku.		
4	W podmiocie są stosowane formularze zgody pacjenta w przypadku świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.		

5	W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, odbierana jest zgoda podwójna tj. przedstawiciela ustawowego, jak i samego małoletniego pacjenta.		
6	Opracowano i wdrożono procedurę zgłaszania do sądu opiekuńczego informacji o udzielonych w trybie nagłym świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta.		
<b>6. PRAWO DO POSZANOWANIA GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA W TRAKCIE PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>			
1	Personel sprawujący opiekę medyczną nad danym pacjentem wita się, przedstawia i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nim.		
2	Pacjenci mają możliwość złożenia skargi, uwagi i wniosku.		
3	Personel prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę.		
4	Personel szanuje prywatność pacjenta i poczucie intymności.		
5	Jest wprowadzony system mający na celu zachowanie poufności w trakcie zapraszania do gabinetu.		
6	Złożone wnioski, skargi podlegają wewnętrznej ocenie. Pacjent jest informowany o formie i treści oceny wewnętrznej - odpowiedzi do złożonego wniosku, skargi.		
7	Pacjent na bieżąco jest informowany o planowanych działaniach medycznych.		
8	Pacjent jest informowany o dostępnych sposobach łagodzenia bólu i po uzgodnieniu z nim podejmowane jest adekwatne leczenie.		
9	Na bieżąco podejmowane są działania polegające na określeniu natężenia bólu.		
10	Na bieżąco monitoruje się skuteczność leczenia bólu.		
11	Pacjent do gabinetu wchodzi sam bez osób postronnych.		
12	Istnieje system informujący osoby postronne o zakazie wejścia do gabinetu w trakcie udzielania świadczeń.		
13	Na życzenie pacjenta jest zagwarantowana możliwość obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego.		
14	W przypadku odmowy przez personel lub/i pacjenta obecności osoby bliskiej, fakt ten odnotowany jest w dokumentacji medycznej pacjenta.		
15	Świadczenie zdrowotne jest wykonywane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym, w którym nie można pacjenta z zewnątrz ani oglądać, ani podsłuchać.		
16	W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego personel medyczny i administracyjny niezaangażowany w to świadczenie ma zakaz wchodzenia do gabinetu.		
17	Dziecko ma zagwarantowane prawo do jednoczesnej obecności matki i ojca.		
<b>7. PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>			
1	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta.		

2	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej przedstawicielowi prawnemu pacjenta.		
3	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.		
4	Są formularze/wnioski o wydanie dokumentacji medycznej dla powyższych procedur.		
5	Są procedury dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej Pacjenta dla ZUS, US, ZU, innym instytucjom na wniosek.		
6	Istnieje procedura dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku pacjenta bez kontaktu/bez kontaktu logicznego w sytuacji braku upoważnienia innej osoby przez pacjenta, braku ubezwłasnowolnienia i braku przedstawiciela prawnego.		
7	Dokumentacja medyczna jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.		
8	Dokumentacja medyczna jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w zakresie RODO.		
9	Dokumentacja medyczna jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.		
10	Czy jest spis wymaganej dokumentacji prowadzonej w trakcie leczenia Pacjenta zgodnej z obowiązującymi przepisami?		
11	Aktualny cennik za dokumentację medyczną jest określony w regulaminie organizacyjnym i podany do publicznej wiadomości.		
12	Jest prowadzona właściwa dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego przez personel zgodnie z przepisami.		
<b>8. PRAWO PACJENTA DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA</b>			
1	W podmiocie leczniczym jest informacja ogólnodostępna dotycząca prawa pacjenta do sprzeciwu dotyczącej opinii lekarskiej.		
2	W podmiocie leczniczym jest informacja dla Pacjenta dotycząca procedury wnoszenia sprzeciwu wydanej opinii.		
3	Jest formularz sprzeciwu Pacjenta odnośnie opinii dotyczącej stanu zdrowia pacjenta.		
4	Jest osoba odpowiedzialna za informację i przyjmowanie wniosków dotyczących sprzeciwu Pacjenta wobec wydanej opinii medycznej.		
<b>9. PRAWO PACJENTA DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO</b>			
1	Opracowano i wdrożono procedurę sprawowania dodatkowej opieki nad pacjentem z uwzględnieniem szczególnych sytuacji.		
<b>IV. TELEMEDYCYNĄ / TELEPORADY W POZ</b>			
1	Wdrożono procedurę realizacji standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.		
2	Pacjent podczas udzielania teleporady jest informowany o możliwości udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie, jeżeli nie dotyczy to kontynuacji wystawienia recepty lub wystawienia zaświadczenia.		

3	Pacjent ma możliwość kontaktu za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności, w tym kontaktu telefonicznego, w sposób umożliwiający nawiązanie połączenia ze świadczeniodawcą bez zbędnej zwłoki.		
4	Pacjent otrzymuje telefonicznie informacje o zakresie i warunkach udzielania teleporad.		
5	Na stronie internetowej świadczeniodawcy są zawarte informacje o zakresie i warunkach udzielania teleporad.		
6	Pacjent otrzymuje informacje o systemie teleinformatycznym lub systemie łączności, przy użyciu których świadczeniodawca POZ udziela teleporad.		
7	Harmonogram pracy przychodni uwzględnia czas na teleporady, wizyty osobiste w przychodni, wizyty domowe oraz świadczenia dla dzieci zdrowych.		
8	Teleporada jest realizowana nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy POZ za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub osobistego.		
9	W przypadku teleporad udzielanych telefonicznie podmiot poinformował Narodowy Fundusz Zdrowia o numerze telefonu, pod którym są udzielane teleporady.		
10	Przed udzieleniem teleporady osoba udzielająca teleporady zawsze potwierdza tożsamość pacjenta.		
11	Przeprowadzenie teleporady odbywa się w warunkach gwarantujących poufność. Istnieje bezpieczny system (szyfrowany), za pomocą którego personel medyczny udziela teleporady.		
12	Po przeprowadzeniu teleporady w dokumentacji medycznej dokonywana jest adnotacja o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady. Jest możliwość odsłuchania teleporady.		
13	Jest przekazywana do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacja o udzielonej poradzie przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.		
14	Jest przekazywana pacjentowi instrukcja o sposobie realizacji e-recepty.		
15	Jest przekazywana pacjentowi instrukcja o sposobie realizacji e-skierowania.		
16	Jest przekazywana pacjentowi instrukcja o sposobie realizacji e-zlecenia na wyroby medyczne.		
17	Jest przekazywana pacjentowi instrukcja o sposobie realizacji zlecenia badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych.		
18	Jest przekazywana pacjentowi instrukcja o możliwości założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta.		

## V. BEZPIECZEŃSTWO

1	Przeszkolono personel medyczny w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego i zgłaszania jego zastosowania.		
---	--	--	--

2	Opracowano i wdrożono procedurę współpracy z policją i innymi służbami w przypadku pacjenta agresywnego.		
3	Opracowano i wdrożono procedurę postępowania z pacjentem zakażonym, wymagającym izolacji.		
4	Podmiot posiada procedurę (wytyczne) dotyczącą zgłaszania zdarzeń niepożądanych.		
5	Jest prowadzony rejestr zdarzeń niepożądanych.		
6	Jest osoba odpowiedzialna za bieżące monitorowanie i realizowanie procedur dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.		
7	Zdarzenia niepożądane podlegają analizie i są wdrażane wnioski z analizy mające na celu wprowadzenie zmian w regulaminie/procedurze.		
8	Świadczenia zdrowotne są udzielane w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.		
9	Podmiot zapewnienia udzielania świadczeń osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem umowy z NFZ.		
10	Podmiot korzysta z uwierzytelnionego systemu informatycznego w ochronie zdrowia lub konta np. w aplikacji gabinet.gov.pl.		
<p><i>W niniejszym dokumencie przez „procedurę” rozumie się wskazówkę określającą sposób działania, wewnętrzny standard postępowania, przyjętą dobrą praktykę, regulamin organizacyjny, zarządzenie etc.</i></p>			

*Opracowane przez zespół ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta  
prof. dr hab.*

*Dorota Karkowska*

*dr n. pr. Janusz*

*Jaroszyński*

*dr n. med. Feliks*

*Orchowski*

*Igor Grzesiak*



Rzeczpospolita  
Polska



Rzecznik Praw Pacjenta

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



[www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp)