

Regulamin porządkowy

Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

w Krakowie

Rozdział I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Ilekcioć w niniejszym Regulaminie porządkowym jest mowa o:

- 1) „*Dyrektorze Szpitala*” – należy przez to rozumieć powołanego przez Prezydenta Miasta Krakowa Kierownika Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie;
- 2) „*komórcze organizacyjnej*” – należy przez to rozumieć jednostkę wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie;
- 3) „*lekarzu kierującym oddziałem*” – należy przez to rozumieć zarówno lekarza kierującego oddziałem jak i ordynatora oddziału;
- 4) „*regulaminie*” – należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin porządkowy Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie;
- 5) „*Statucie Szpitala*” – należy przez to rozumieć Statut Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie nadany uchwałą Nr XL/366/04 Rady Miasta Krakowa z dnia 3 marca 2004 r. (tekst jednolity – załącznik do uchwały Nr XXIII/281/07 Rady Miasta Krakowa z dnia 10 października 2007 r. ze zmianami);
- 6) „*Szpitalu*” – należy przez to rozumieć Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie;
- 7) „*świadczeniu zdrowotnym*” – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

§ 2.

1. Regulamin określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, a w szczególności:
 - a) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu;
 - b) organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala;
 - c) warunki współdziałania między jednostkami organizacyjnym Szpitala zapewniające sprawność jego funkcjonowania pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym;
 - d) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia Pacjentów i ciągłości postępowania;
 - e) prawa Pacjenta;
 - f) obowiązki Pacjenta;
 - g) obowiązki Szpitala w razie śmierci Pacjenta.
2. Podstawą prawną regulaminu jest:
 - a) ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 ze zm.);
 - b) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
 - c) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.);
 - d) Statut Szpitala.

§ 3.

1. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie ogółowi ludności świadczeń zdrowotnych w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej, specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz pomocy doraźnej.
2. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takich świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

§ 4.

Postanowienia regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Szpitala, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz Szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych, Pacjentów oraz osoby odwiedzające.

Rozdział II

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZPITALU

§ 5.

W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są w sposób zapewniający Pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, właściwą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.

§ 6.

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane w Szpitalu przez osoby wykonujące zawody medyczne.
2. Osoby, o których mowa w ust. 1, winny spełniać wymagania, w tym wymagania zdrowotne, określone we właściwych przepisach.

§ 7.

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w formie:
 - a) stacjonarnej opieki zdrowotnej (lecznictwa zamkniętego);
 - b) specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (poradni);
 - c) pomocy doraźnej.
2. Szczegółowy zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych określają umowy zawierane z dysponentami publicznych środków finansowych oraz innymi podmiotami.
3. Świadczenia zdrowotne są udzielane w następujących godzinach:

		<i>Godziny pracy</i>
1.	Oddziały szpitalne	całodobowo
2.	Blok operacyjny	całodobowo
3.	Apteka szpitalna	całodobowo
4.	Dział diagnostyki obrazowej i endoskopowej	całodobowo
5.	Centralna sterylizatornia	całodobowo
6.	Bank krwi	całodobowo
7.	Poradnia ginekologiczna i patologii ciąży	pn. – wt. 7-14 ³⁵ , śr. 10 ²⁵ -18, czw. – pt. 7-14 ³⁵
8.	Poradnia metaboliczna	wt. 12 ¹⁵ -19 ¹⁵ , czw. 8-14, pt. 12-19 ¹⁵
9.	Poradnia chirurgii ogólnej	pon. 9 ⁰⁵ -17 ⁰⁶ , wt. 7-14 ³⁵ , śr. 9 ⁰⁵ -14 ³⁵ , czw. 7-14 ⁰⁶ , pt. 9 ⁰⁵ -14
10.	Poradnia kardiologiczna	pon. 8-12, wt. 10-14, śr. 14-18, czw. 10-14
11.	Poradnia urologiczna	pon. 6 ²⁵ -14, wt. 6 ²⁵ -18, czw. – pt. 6 ²⁵ -14
12.	Poradnia chirurgii dzieci	pon. 7 ³⁰ -15 ⁰⁵ , wt. 9-18 ³⁵ , śr. 7 ³⁰ -15 ⁰⁵ , czw. 9-18 ³⁵ , pt. 7 ³⁰ -15 ⁰⁵
13.	Poradnia dermatologiczna	pon. 7-14 ³⁵ , wt. 8-15 ³⁵ , śr. 11-18 ³⁵ , czw. 8-15 ³⁵ , pt. 8-15 ³⁵
14.	Poradnia dermatologii alergologicznej	pon. 11-18 ³⁵ , wt. – pt. 7-14 ³⁵
15.	Poradnia neurologiczna	pon. 8-14 ²⁵ , wt. 14-18, śr. 8-14, czw. 8-14 ³⁰ , pt. 8-14
16.	Poradnia chorób zakaźnych dzieci	pon. – śr. 7-14 ³⁵ , czw. 7-18, pt. 7-14 ³⁵
17.	Poradnia chorób zakaźnych dorosłych	pon. – śr. 7-14 ³⁵ , czw. 7-18, pt. 7-14 ³⁵
18.	Poradnia okulistyczna	pon. 7-18, wt. – pt. 7-14 ³⁵
19.	Poradnia otolaryngologiczna	pn. 7-14 ³⁵ , wt. 9-18, śr. 7-14 ³⁵ , czw. – pt. 7-15
20.	Poradnia chirurgii ortopedyczno-urazowej	pn. 7-14 ³⁵ , wt. 9-18, śr. – pt. 7-14 ³⁵
21.	Poradnia chirurgii naczyniowej	pon. 9-11, wt. 14-18, śr. 8-10, czw. 10-12, pt. 8-10
22.	Poradnia proktologiczna	pon. – śr. 8-11, czw. 14-17
23.	Poradnia dermatologiczna dzieci	pon. 11-18 ³⁵ , wt. 7-14 ³⁵ , czw. – pt. 7-14 ³⁵
24.	Poradnia nefrologiczna	wt. 9-18 ³⁵ , czw. 9-18 ³⁵
25.	Szpitalny oddział ratunkowy	całodobowo
26.	Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy	całodobowo
27.	Zespół wyjazdowy reanimacyjny R – specjalistyczny	całodobowo
28.	Zespół wyjazdowy reanimacyjny R – specjalistyczny	całodobowo
29.	Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy	całodobowo

30.	Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy	całodobowo
-----	---	------------

§ 8.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) i zawartymi umowami, w tym umowami zawartymi z dysponentami środków publicznych.
2. Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mają Pacjenci ubezpieczeni po okazaniu dowodu ubezpieczenia zdrowotnego. Przyjęcie do Szpitala odbywa się na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 9.

1. Rejestracja Pacjentów odbywa się zarówno osobiście (bądź przez członków rodziny, czy też osoby trzecie), jak i telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z Pacjentem.

§ 10.

Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania swoich zadań, określonych w Statucie innemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia zdrowotne określają przepisy odrębne oraz obowiązująca umowa pomiędzy Zakładem a przyjmującym zamówienie.

§ 11.

Dyrektor Szpitala może określić, w drodze zarządzenia, szczegółowe zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.

§ 12.

1. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej (lecznictwa zamkniętego) Szpital zapewnia Pacjentowi:
 - a) świadczenia zdrowotne,
 - b) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - c) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - d) opiekę całodobową lub całodzienną.
2. Szpital przyjmuje Pacjenta na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane w sytuacjach, o których mowa w § 46 ust. 2.
3. Wypisywanie Pacjenta ze Szpitala, o ile przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - a) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - b) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - c) gdy w sposób znaczący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia innych osób.
4. Szpital prowadzi dokumentację medyczną Pacjentów na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.), w sposób określony w § 111. Szpital zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Rozdział III

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

Dział I

Postanowienia ogólne

§ 13.

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą komórki organizacyjne prowadzące działalność medyczną, komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. W Szpitalu funkcjonują następujące komórki organizacyjne prowadzące działalność medyczną, tworzące pion lecnicstwa, kierowanym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa:

- a) w jednostce organizacyjnej Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej:
 1. Oddział chirurgii ortopedyczno-urazowej,
 2. Oddział chirurgii dzieci,
 3. Oddział pediatriczny,
 4. Oddział urologiczny,
 5. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
 6. Oddział chorób wewnętrznych I,
 7. II Oddział chorób wewnętrznych i kardiologii z odcinkiem intensywnej terapii kardiologicznej,
 8. Oddział chorób wewnętrznych III,
 9. Oddział dermatologiczny,
 10. Oddział okulistyczny,
 11. Oddział otolaryngologiczny,
 12. Blok operacyjny,
 13. Apteka szpitalna,
 14. Oddział obserwacyjno-zakaźny dorosłych i dzieci,
 15. Oddział chirurgii ogólnej i naczyń,
 16. Dział diagnostyki obrazowej i endoskopowej,
 17. Centralna sterylizatornia,
 18. Oddział neurologiczny i leczenia udarów mózgu,
 19. Oddział ginekologiczno-położniczy,
 20. Oddział noworodków
 21. Bank krwi,
 - b) w jednostce organizacyjnej Poradnie Specjalistyczne:
 1. Poradnia ginekologiczna i patologii ciąży,
 2. Poradnia metaboliczna,
 3. Poradnia chirurgii ogólnej,
 4. Poradnia kardiologiczna,
 5. Poradnia urologiczna,
 6. Poradnia chirurgii dzieci,
 7. Poradnia dermatologiczna,
 8. Poradnia dermatologii alergologicznej,
 9. Poradnia neurologiczna,
 10. Poradnia chorób zakaźnych dzieci,
 11. Poradnia chorób zakaźnych dorosłych,
 12. Poradnia okulistyczna,
 13. Poradnia otolaryngologiczna,
 14. Poradnia chirurgii ortopedyczno-urazowej,
 15. Poradnia chirurgii naczyniowej,
 16. Poradnia proktologiczna,
 17. Poradnia dermatologiczna dzieci,
 18. Poradnia nefrologiczna,
 - c) w jednostce organizacyjnej Dział Ratownictwa Medycznego:
 1. Szpitalny oddział ratunkowy
 2. Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy,
 3. Zespół wyjazdowy reanimacyjny R – specjalistyczny,
 4. Zespół wyjazdowy reanimacyjny R – specjalistyczny,
 5. Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy,
 6. Zespół wyjazdowy wypadkowy W – podstawowy.
3. W Szpitalu funkcjonują następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy prowadzące obsługę administracyjną:
- a) w pionie Dyrektora Szpitala:
 - 1) Dział Zatrudnienia i Płac;
 - 2) Zespół Radców Prawnych;
 - 3) Dział Organizacyjno-Prawny, w skład którego wchodzi Sekcja Zamówień Publicznych;
 - 4) Sekcja Rozliczeń, Statystyki i Dokumentacji;
 - 5) Kancelaria:
 - Dziennik Podawczy
 - stanowisko ds. Ochrony Przeciwpowodziowej,
 - stanowisko ds. Obrony i Obrony Cywilnej,
 - Archiwum Zakładowe,
 - Magazyn medyczny;
 - 6) Przełożona Pielęgniarek, której podlegają pielęgniarki społeczne;
 - 7) Pielęgniarka Epidemiologiczna;

- 8) Sekcja Informatyczna;
- 9) Kapelani Szpitala;
- 10) Stanowisko ds. BHP.
- b) w pionie Głównego Księgowego:
 - 1) Dział Księgowości Finansowej;
 - 2) Dział Księgowości Materiałowej i Inwentaryzacji;
 - 3) Dział Księgowości Kosztów i Cen.
- c) w pionie ekonomiczno-administracyjnym, kierowanym przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych:
 - 1) Dział Planowania i Analiz Ekonomicznych;
 - 2) Dział Techniczny:
 - Sekcja Budowlana i Instalacji Sanitarnych,
 - Sekcja Instalacji Elektrycznych, Teletechnicznych, Napraw Aparatury Medycznej,
 - Sekcja Energetyki Ciepłej, Gazów Medycznych i Stacji Uzdatniania Wody,
 - Centrala Telefoniczna;
 - 3) Dział Gospodarczy:
 - Sekcja Gospodarcza:
 - Magazyn ubrań chorych,
 - Sekcja Zaopatrzenia:
 - Magazyn gospodarczy,
 - Magazyn sprzętu medycznego.

§ 14.

Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych oraz osób zajmujących samodzielne stanowiska pracy, tworzących strukturę organizacyjną Szpitala, należy:

1. realizacja zadań Szpitala i celu, dla którego został on utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym regulaminie;
2. dbałość o należyty wizerunek Szpitala;
3. wykonywanie innych czynności określonych w zarządzeniach Dyrektora Szpitala lub jego poleceniach.

Dział II

Stacjonarna opieka zdrowotna (lecznictwo zamknięte)

§ 15.

1. Komórki organizacyjne Szpitala, podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, wykonują zadania z zakresu działalności podstawowej Szpitala.
2. Do zakresu działania Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy organizowanie, koordynowanie i kontrolowanie działalności leczniczej, specjalistycznej i diagnostycznej Szpitala.

A. Oddziały szpitalne.

§ 16.

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo-profilaktycznej działalności Szpitala.
2. Oddział może dzielić się na pododdziały.

§ 17.

Oddział lub pododdział dzieli się na odcinki pielęgniarские. Wielkość odcinka pielęgniarского ustala lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z przełożoną pielęgniariek i pielęgniarzką oddziałową.

§ 18.

1. W skład pomieszczeń oddziału powinny wchodzić następujące pomieszczenia:
 - a) pokoje Pacjentów,
 - b) pokoje dziennego pobytu Pacjentów,
 - c) pokoje badań i zabiegów lekarskich,
 - d) pokój lekarza kierującego oddziałem,
 - e) pokój lekarzy asystentów,
 - f) pokój pielęgniarki oddziałowej, z którym powinny się łączyć bezpośrednio pomieszczenia magazynu czystej bielizny i apteczki oddziałowej,
 - g) punkty pielęgniarek odcinkowych,
 - h) podręczny skład zapasowego sprzętu,
 - i) węzły sanitarne dla Pacjentów, osobne dla mężczyzn i kobiet,
 - j) węzły sanitarne dla personelu i brudowniki.

2. W zależności od specjalności oddziału – mogą się w nim znajdować również inne pomieszczenia w szczególności trakt (zespoły) operacyjne i porodowe, pokój opatrunkowy, pokój wypisowy, pokój karmienia niemowląt, podręczne laboratorium analityczne, pokój badań przyrządowych, pokój gimnastyki leczniczej, pokój pomocy naukowych i wychowawców itd.

§ 19.

1. W poszczególnych salach mogą przebywać Pacjenci tej samej płci.
2. Pokoje dziennego pobytu Pacjentów mogą być wykorzystywane jako jadalnie dla Pacjentów chodzących. Pokoi tych nie wolno zamieniać na sale dla Pacjentów leżących.
3. Punkty pielęgniarek odcinkowych – w zależności od warunków miejscowych – mogą się mieścić w osobnych pokojach, we wnękach rozświetlonych lub na korytarzach.

§ 20.

1. Rozkład pracy lekarzy pracujących w oddziale ustala lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala lub Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Rozkład pracy pozostałego personelu oddziału ustala lekarz kierujący oddziałem na wniosek przełożonej pielęgniarek zgłoszony w porozumieniu z pielęgniarką oddziałową.

§ 21.

Dyżury lekarskie ustala lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala lub Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 22.

1. Przy ustalaniu rozkładu dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania Pacjentów należy kierować się następującymi wytycznymi:

6⁰⁰ – 7⁰⁰	–	Toaleta Pacjentów. Mierzenie ciepłoty ciała, obliczanie tętna i oddechów.
7⁰⁰ – 9⁰⁰	–	Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych od Pacjentów obłożnie chorych i wykonywanie niektórych badań diagnostycznych. Śniadanie. Sprzątanie sal Pacjentów.
8⁰⁰ – 10⁰⁰	–	Obchody lekarskie.
10⁰⁰ – 12⁰⁰	–	Wykonanie zleceń lekarskich i zabiegów.
12⁰⁰ – 13⁰⁰	–	Obiad. Uporządkowanie sal Pacjentów. Toaleta Pacjentów obłożnie chorych.
13⁰⁰ – 14⁰⁰	–	Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału.
16⁰⁰ – 18⁰⁰	–	Mierzenie ciepłoty, obliczanie tętna i oddechów. Obchody wieczorne lekarzy kierujących oddziałem bądź lekarzy dyżurnych.
18⁰⁰ – 21⁰⁰	–	Kolacja. Uporządkowanie sal. Toaleta Pacjentów. Rozrywki kulturalne. Wykonywanie zleceń lekarskich.
21⁰⁰ – 6⁰⁰	–	Cisza nocna.
2. Szczegółowy rozkład dnia ustala Dyrektor Szpitala w porozumieniu z lekarzami kierującymi oddziałami (kierownikami samodzielnych pododdziałów), kierownikami pracowni, gabinetów i działów pomocniczych Szpitala, przełożoną pielęgniarek oraz swymi zastępcami do spraw lecznictwa oraz spraw administracyjnych i ekonomicznych
3. W porze przeznaczonej na posiłki dla Pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba, że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.

§ 23.

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile to możliwe również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia Pacjenta na oddział.
2. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia przeprowadzani, przewożeni na wózkach przez personel.

§ 24.

1. Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną.
2. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie lekarzowi kierującemu oddziałem wniosku o wypisanie Pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.
3. Do chwili opuszczenia Szpitala Pacjent pozostaje w „stanie chorych”.

§ 25.

1. Pacjentów ciężko chorych i Pacjentów, którzy byli poddani zabiegom operacyjnym, należy otaczać szczególnie troskliwą opieką, a na polecenie lekarza – zapewnić im indywidualną opiekę pielęgniarską. Pacjentom nieprzytomnym należy zapewnić indywidualną opiekę pielęgniarską do chwili odzyskania przytomności.
2. Pacjenci ciężko chorzy powinni być:
 - a) przekazywani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego,

- b) codziennie szczegółowo badani, ze zwróceniem uwagi na stan skóry, ewentualne zmiany ropne, czynności wydalnicze itp.,
- c) pielęgnowani przez częste prześcielanie łóżka, zmienianie podkładów, usuwanie okruszyn pokarmów i wygładzanie fałd bielizny pościelowej i osobistej,
- d) obsługiwani przy spożywaniu pokarmów, dokonywaniu toalety i zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

§ 26.

1. Informacji o stanie zdrowia Pacjentów udzielają wyłącznie lekarze, w dniach i godzinach ustalonych przez lekarza kierującego oddziałem, co powinno być podane do wiadomości. O stanie zdrowia Pacjentów ciężko chorych bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze powinni udzielać także informacji w innym czasie.
2. Informacje o stanie zdrowia Pacjenta przez telefon powinny być udzielane jedynie gdy przemawiają za tym szczególne okoliczności.
3. Dni i godziny odwiedzin ustala Dyrektor Szpitala w porozumieniu z lekarzami kierującymi poszczególnymi oddziałami.

§ 27.

Dostarczanie Pacjentom żywności spoza Szpitala dopuszczalne jest jedynie w porozumieniu z pielęgniarką lub lekarzem.

B. Blok operacyjny.

§ 28.

Blok operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala z wyznaczonym przez Dyrektora Szpitala i jemu bezpośrednio podporządkowanym kierownikiem bloku operacyjnego.

§ 29.

Blok operacyjny składa się z sal operacyjnych, pokoi przygotowawczych do operacji (pokoju przygotowania Pacjentów, pokoi przygotowawczych dla lekarzy i instrumentariuszek itp.) pomieszczenia sterylizacji, pokoju do przechowywania narzędzi i aparatów oraz ewentualnie innych pomieszczeń pomocniczych.

§ 30.

1. Do obowiązków kierownika Bloku operacyjnego należy:
 - a) kierownictwo i nadzór nad całością pracy Bloku operacyjnego,
 - b) dbanie o należyte zaopatrzenie i konserwację sprzętu i materiałów operacyjnych,
 - c) ustalanie programu operacji,
 - e) kontrola sterylizacji i jej aparatury,
 - f) kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.
2. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio kierownikowi Bloku operacyjnego.

§ 31.

Blok operacyjny jest utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego i zorganizowany tak, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego, o każdej porze.

§ 32.

1. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu - lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego lekarzowi anestezjologowi.
2. Wstęp na salę operacyjną w czasie zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie kierownika Bloku operacyjnego.

§ 33.

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego programu, z podaniem nazwiska Pacjenta, sali na której przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonej obsady operacyjnej.
2. Wszelkie zmiany w programie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą kierownika Bloku operacyjnego lub lekarza kierującego oddziałem oraz za zgodą lekarza anestezjologa.

§ 34.

1. W Bloku operacyjnym należy prowadzić dokumentację wykonanych zabiegów w księdze operacyjnej według obowiązujących wzorów.
2. Dokładne sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji. Opisy operacyjne sporządza lub dyktuje lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.

§ 35.

1. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać przed rozpoczęciem operacji i upewnić się czy Pacjent bądź osoba do tego uprawniona wyraziła zgodę na zabieg operacyjny, względnie czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
2. Pacjent przed zabiegiem operacyjnym powinien być odpowiednio przygotowany psychicznie i fizycznie.

§ 36.

Po zakończeniu operacji operowany powinien być przekazany przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę oddziału anestezjologii i pozostawać pod stałą kontrolą lekarską. Wszelkie zalecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta.

§ 37.

W razie śmierci Pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym Dyrektora Szpitala.

§ 38.

W Bloku operacyjnym, wykonuje się zabiegi operacyjne na potrzeby następujących oddziałów:

- a) Oddziału Ginekologiczno-Położniczego,
- b) Oddziału Otolaryngologicznego,
- c) Oddziału Okulistycznego,
- d) Oddziału Chirurgii Dzieci,
- e) Oddziału Chirurgii Ogólnej,
- f) Oddziału Chirurgii Urazowej,
- g) Oddziału Urologicznego,
- h) Oddziału Noworodków.

C. Apteka szpitalna.

§ 39.

1. Pracą Apteki szpitalnej kieruje kierownik, podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, przed którym odpowiada za realizację zadań.
2. Do zakresu działania Apteki szpitalnej należy:
 - a) zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w leki i artykuły sanitarne,
 - b) wytwarzanie leków recepturowych i preparatów galenowych,
 - c) produkcja i badanie laboratoryjne wytwarzanych płynów infuzyjnych,
 - d) kontrola jakości i tożsamości leków budzących zastrzeżenie,
 - e) udzielanie lekarzom zatrudnionym w Szpitalu informacji o lekach będących w dyspozycji Apteki szpitalnej, w tym o lekach nowych wprowadzonych do obrotu,
 - f) nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych.

D. Dział diagnostyki obrazowej i endoskopowej.

§ 40.

1. **Działem diagnostyki obrazowej i endoskopowej** kieruje kierownik, podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, przed którym odpowiada za realizację zadań.
2. Do zakresu działania Działu diagnostyki obrazowej i endoskopowej należy:
 - a) wykonywanie zadań diagnostycznych na zlecenie właściwych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - b) udział w badaniach zapobiegawczych dla ogółu ludności lub jej poszczególnych grup prowadzonych przez Szpital.
3. W skład Działu diagnostyki obrazowej i endoskopowej wchodzi:
 - a) pracownia radiologiczna,
 - b) pracownia tomografii komputerowej,
 - c) pracownia ultrasonografii diagnostycznej i zabiegowej,
 - d) pracownia endoskopowa,
 - e) pracownia EKG.

§ 41.

1. Zadaniem pracowni wskazanych w § 40 ust. 3 jest wykonywanie badań Pacjentów leczonych w Szpitalu, oraz Pacjentów skierowanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej.
2. Każda pracownia powinna posiadać następujące pomieszczenia: pokoje badań, pokoje personelu oraz poczekalnię.
3. Pokój badań musi być należycie zabezpieczony przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury.

4. Aparatura i sprzęt używane w pracowni powinny być starannie czyszczone, konserwowane i poddawane okresowej kontroli.

§ 42.

1. Przyjmowanie Pacjentów do badań powinno odbywać się według planu zatwierdzanego przez kierownika Działu diagnostyki obrazowej i endoskopowej.
2. Dni i godziny przyjęć pracowni wskazanych w § 40 ust. 3 należy podać do wiadomości oddziałów oraz poradni specjalistycznych.
3. Niezależnie od ustalonej planem liczby badań dziennych należy poddać badaniu wszystkich Pacjentów, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania badania.

§ 43.

1. Skierowanie na badania powinno zawierać obok danych personalnych Pacjenta, rozpoznanie choroby oraz ewentualne informacje o lekach, których stosowanie ma wpływ na wynik badania.
2. Wyniki badań przed wydaniem na oddział, do poradni specjalistycznej, innemu zakładowi opieki zdrowotnej lub Pacjentowi wpisuje się do książki badań pracowni.
3. Pracownie powinny wykonywać ponadto wszelkie czynności administracyjne związane z ich zakresem działania oraz sporządzać sprawozdania na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych badaniach.

E. Centralna sterylizatornia.

§ 44.

1. Pracą **Centralnej sterylizatorni** kieruje kierownik, podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, przed którym odpowiada za realizację nałożonych zadań.
2. Do zakresu działania Centralnej sterylizatorni należy:
 - a) przygotowanie i zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w materiał podlegający procesowi sterylizacji: bieliznę operacyjną, materiał opatrunkowy, narzędzia chirurgiczne oraz sprzęt i wyroby podlegające sterylizacji niskotemperaturowej,
 - b) stała kontrola bakteriologiczna materiałów poddawanych procesowi sterylizacji – monitoring chemiczny i biologiczny,
 - c) okresowa kontrola sposobów przechowywania materiału sterylnego w Oddziałach,
 - d) systematyczne szkolenie pracowników,
 - e) prowadzenie dokumentacji związanej z przyjmowaniem, przygotowaniem, sterylizacją i wydawaniem do jednostek organizacyjnych Szpitala materiału podlegającego procesowi sterylizacji w Centralnej sterylizatorni,
 - f) ewidencjonowanie rozliczeń usług wykonywanych dla jednostek organizacyjnych spoza Szpitala,
 - g) opracowanie i aktualizacja cennika usług dla rozliczeń wewnętrznych i zewnętrznych,
 - h) sporządzanie miesięcznych sprawozdań dla Działu Planowania i Analiz Ekonomicznych.

F. Bank krwi.

§ 45.

1. Pracą **Banku krwi** kieruje kierownik podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, przed którym odpowiada za realizację nałożonych zadań.
2. Do zakresu działania Banku krwi należy:
 - a) gospodarka krwią na terenie Szpitala:
 - 1) realizacja zamówień na krew i preparaty krwiopochodne przez oddziały,
 - 2) gospodarowanie krwią zwróconą przez oddziały,
 - 3) prowadzenie rezerwacji krwi,
 - 4) prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu krwi oraz preparatów krwiopochodnych,
 - 5) sporządzanie sprawozdania miesięcznego i rocznego,
 - 6) rozliczanie rozchodów osocza antyhemofilnego,
 - 7) prowadzenie statystyki miesięcznego zużycia krwi przez poszczególne oddziały.
 - b) wykonywanie na oddziałach autotransfuzji – prowadzenie dokumentacji,
 - c) prowadzenie rozliczenia honorowych krwiodawców,
 - d) prowadzenie dokumentacji związanej z diagnostyką wirusów przenoszonych przez krew i odczynników ilościowych,
 - e) dbanie o czystość i odpowiednią temperaturę, w której przechowywana jest krew (prowadzenie zeszytu temperatur).
3. Bank krwi działa na zasadach ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz.U. z 2005 r. Nr 191, poz. 1607).

Dział II

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna (poradnie specjalistyczne)

§ 46.

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach specjalistycznych.
2. Nie są wymagane skierowania:
 - a) do poradni ginekologicznej i patologii ciąży,
 - b) do poradni dermatologicznej,
 - c) do poradni dermatologicznej dzieci,
 - d) do poradni okulistycznej,
 - e) dla osób zakażonych wirusem HIV,
 - f) dla osób chorych na gruźlicę.
3. Lekarz specjalista udziela świadczeń bez skierowania we wszystkich sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia Pacjenta.
4. Poza przypadkami określonymi w ust. 2 i 3 świadczenia zdrowotne bez skierowania udzielane są odpłatnie.

§ 47.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w terminach uzgodnionych z osobą dokonującą rejestracji.
2. Rejestracja Pacjentów jest dokonywana w każdej formie; osobiście, przez członków rodziny, przez osoby trzecie, telefonicznie, z wyznaczeniem przybliżonej godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.

§ 48.

1. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowania na badania diagnostyczne do innych poradni specjalistycznych lub w celu leczenia stacjonarnego.
2. W przypadkach uzasadnionych medycznie lekarz specjalista może objąć Pacjenta stałym leczeniem.
3. Z wyłączeniem Pacjentów leczonych w poradniach, o których mowa w § 46 ust. 2 lit. a) – f), lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza kierującego i sprawującego podstawową opiekę nad Pacjentem o przebiegu leczenia oraz o objęciu stałym leczeniem specjalistycznym, według zasad, wzoru i w terminach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 49.

W każdej poradni, w miejscu ogólnie dostępnym dla Pacjentów powinny być udostępnione informacje o:

- a) zasadach udzielania świadczeń,
- b) sposobie rejestracji,
- c) dniach i godzinach przyjęć,
- d) nazwiskach lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem pracy i wyszczególnieniem godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń.

§ 50.

1. Lekarze specjaliści udzielający świadczeń zdrowotnych w poradniach nie mogą w tym samym czasie pełnić obowiązków na oddziale szpitalnym.
2. W przypadku niemożności udzielania świadczeń przez lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalu, Szpital zapewnia udzielanie świadczeń przez inne osoby o równorzędnych kwalifikacjach lub wskaże najbliższej położone placówki udzielające świadczeń w tym samym zakresie na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dział III

Szpitalny oddział ratunkowy (pomoc doraźna)

§ 51.

Do zadań Szpitalnego oddziału ratunkowego należy:

- a) badanie lekarskie Pacjentów zgłaszających się do Szpitala,
- b) przyjmowanie do Szpitala Pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- c) udzielanie pomocy szpitalnej Pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie.

§ 52.

1. Praca Szpitalnego oddziału ratunkowego trwa przez całą dobę.
2. Zmiany personelu Szpitalnego oddziału ratunkowego powinny się odbywać ściśle według rozkładu zajęć ustalanego lekarza kierującego Szpitalnym oddziałem ratunkowym.

§ 53.

1. W Szpitalnym oddziale ratunkowym powinien się znajdować telefon sieci miejskiej oraz spis telefonów i adresów zakładów opieki zdrowotnej, z którymi Szpital współpracuje, komendy Policji, prokuratury, straży pożarnej oraz pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu.
2. W skład personelu Szpitalnego oddziału ratunkowego wchodzi co najmniej:
 - a) lekarz dyżurny,
 - b) pielęgniarka,
 - d) rejestrator.
3. Personel Szpitalnego oddziału ratunkowego podlega w wykonywaniu swych czynności lekarzowi dyżurnemu.

§ 54.

W Szpitalnym oddziale ratunkowym należy prowadzić:

- a) książkę przyjęć,
- b) książkę odmów,
- c) książkę udzielania porad i zabiegów ambulatoryjnych,
- d) książkę wypadkową,
- e) książkę raportów,
- f) książkę ewidencji Pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w późniejszym terminie, wraz z terminarzem przewidywanego przyjęcia tych Pacjentów do Szpitala,
- g) wykaz liczby łóżek na poszczególnych oddziałach Szpitala, z podaniem liczby wolnych łóżek.

§ 55.

1. Każdy Pacjent zgłaszający się ze skierowaniem lub przewieziony do Szpitalnego oddziału ratunkowego powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego.
2. Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego (obserwacji), lekarz dyżurny wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) i kieruje Pacjenta na odpowiedni oddział.

§ 56.

Przy badaniu i kwalifikowaniu do leczenia Pacjentów nie wymagających natychmiastowej hospitalizacji należy przestrzegać następujących zasad:

- a) Pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego powinien przedstawić wystawione przez lekarza leczącego skierowanie na leczenie szpitalne z ustalonym przypuszczalnym rozpoznaniem, a także wyniki wykonanych poprzednio badań pomocniczych,
- b) lekarz dyżurny bada Pacjenta w Szpitalnym oddziale ratunkowym zasięgając w razie potrzeby konsultacji właściwego lekarza dyżurnego oddziału lub lekarza kierującego oddziałem i w razie stwierdzenia wskazań do hospitalizacji kieruje Pacjenta na właściwy oddział,
- c) jeżeli w chwili zgłoszenia się Pacjenta Szpital nie dysponuje wolnymi łózkami, lekarz dyżurny sam lub w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem poradni specjalistycznej ustala przybliżony termin przyjęcia do Szpitala,
- d) terminarz przyjęć Pacjentów, o których mowa w lit. c, prowadzi lekarz kierujący oddziałem lub lekarz poradni specjalistycznej,
- e) sekretarka medyczna oddziału lub inny upoważniony pracownik obowiązany zawiadamiać oczekujących przyjęcia o terminie zgłoszenia się na leczenie szpitalne,
- f) oddziały są obowiązane, w miarę możliwości codziennie, rezerwować odpowiednią liczbę łóżek dla Pacjentów oczekujących przyjęcia wpisanych do terminarza zgłoszeń,
- g) Pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, a wymagających leczenia ambulatoryjnego, lekarz dyżurny kieruje do innych zakładów opieki zdrowotnej, z odpowiednimi notatkami, dotyczącymi dalszego sposobu postępowania,
- h) Pacjenci nie zakwalifikowani do leczenia szpitalnego otrzymują kartę odmowy przyjęcia do Szpitala i są informowani przez lekarza dyżurnego o dalszym sposobie postępowania, a w miarę potrzeby otrzymują niezbędną pomoc doraźną.

§ 57.

1. Jeżeli lekarz dyżurny stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia Pacjenta w Szpitalu, zaś ze względu na brak wolnych łóżek, zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne przyjęcie Pacjenta do Szpitala nie jest możliwe, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie Pacjenta do innego Szpitala.
2. Lekarz dokonuje wpisu do dokumentacji medycznej o dokonanych rozpoznaniu i podjętych czynnościach.

§ 58.

1. Pacjentów przywiezionych do Szpitala w następstwie wypadku wpisuje się w Szpitalnym oddziale ratunkowym do „Książki wypadkowej” oraz powiadamia Policję.

2. Jeżeli Pacjent przywieziony jest do Szpitala jest nieprzytomny, przy wpisywaniu do książki wypadkowej lekarz dyżurny odnotowuje okoliczności znalezienia Pacjenta, jego ówczesny stan (wygląd), czas i okoliczności przewiezienia (dane personalne osób towarzyszących) i przyjęcia Pacjenta. Pielęgniarka (rejestratorka) wypełnia w takim wypadku część meldunkową książki przyjęć do Szpitala na podstawie oświadczeń rodziny lub osób towarzyszących, bądź na podstawie znajdujących się przy Pacjencie dokumentów.

§ 59.

Jeżeli lekarz dyżurny przy badaniu Pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że jego uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o danym przypadku Policję lub prokuratora.

§ 60.

1. Lekarz dyżurny w razie stwierdzenia potrzeby wykonania w najbliższym czasie u przyjmowanego Pacjenta zabiegu operacyjnego jest obowiązany zażądać od Pacjenta wyrażenia na piśmie zgody na dokonanie zabiegu.
2. W razie gdy Pacjent jest małoletni, ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia pisemnej zgody lekarz dyżurny jest zobowiązany zażądać wyrażenia na piśmie zgody na dokonanie zabiegu od przedstawicieli ustawowych Pacjenta, a w przypadku gdy małoletni Pacjent ukończył 16 lat, również jego pisemnej zgody.
3. W razie braku przedstawiciela ustawowego Pacjenta lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, albo w razie jego sprzeciwu lekarz dyżurny kieruje sprawę wraz z dokumentacją medyczną Pacjenta do Zespołu Radców Prawnych w celu uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego. Jednak gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby Pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia można wykonać u niego zabieg operacyjny niezwłocznie, bez zgody przedstawiciela ustawowego Pacjenta bądź zgody sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. W takim przypadku wykonywanych czynnościach niezwłocznie zawiadamia się opiekuna faktycznego, a w jego braku przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy.
4. W razie odmowy udzielenia zgody lekarz dyżurny jest obowiązany uzyskać od Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego pisemnego oświadczenia z adnotacją, że został on uprzedzony o mogących wystąpić następstwach niewykonania zabiegu.
5. Okoliczności, o których mowa w ust. 1-4, powinny być odnotowane przez lekarza dyżurnego w historii choroby, niezależnie od dołączenia odpowiedniego dokumentu. Notatkę lekarza dyżurnego, dotyczącą odmowy podpisania oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, podpisuje również pielęgniarka Szpitalnego oddziału ratunkowego, jako świadek odmowy.

§ 61.

1. Pacjenci zgłaszający się do Szpitalnego oddziału ratunkowego powinni przedstawić dowód ubezpieczenia wraz z dowodem tożsamości oraz skierowanie lekarskie, gdy takie posiadają.
2. Pacjent powinien być przetransportowany lub doprowadzony do oddziału wskazanego przez lekarza dyżurnego.
3. Szpital jest obowiązany zawiadomić rodzinę lub opiekunów faktycznych Pacjenta:
 - a) o przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala Pacjenta niepełnoletniego;
 - b) o przyjęciu Pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu Pacjenta lub jego zgonie;
 - c) o przeniesieniu Pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.
4. Zawiadomień, o których mowa w ust. 3 dokonuje rejestrator, pielęgniarka lub inny pracownik na zlecenie lekarza dyżurnego.

Dział IV

Komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy prowadzące obsługę administracyjną.

A. Pion Dyrektora Szpitala

§ 64.

1. Pracą **Działu Zatrudnienia i Płac** kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
 - a) Do ogólnego zakresu działania działu należy prowadzenie spraw osobowych, socjalnych, oraz związanych z tym spraw finansowych pracowników Szpitala.
 - b) Dział Zatrudnienia i Płac współdziała:
 - z Gódzkim Urzędem Pracy w zakresie zatrudnienia,
 - z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa w zakresie spraw pracowniczych,
 - z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w sprawach rent i emerytur,
 - z Departamentem Polityki Społecznej Urzędu Miasta Krakowa odnośnie staży podyplomowych,

- z Urzędem Skarbowym odnośnie spraw podatkowych,
 - z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia odnośnie rezydentów,
 - z właściwymi instytucjami państwowymi w zakresie sprawozdawczości,
 - z organizacjami związkowymi i samorządowymi pracowników Szpitala w zakresie spraw osobowych i socjalnych,
 - z Działem Finansowo-Księgowym odnośnie spraw finansowych,
 - z inspektorem BHP i p/poż. w zakresie szkoleń,
 - ze wszystkimi komórkami i jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie spraw osobowych i socjalnych.
2. W skład Działu Zatrudnienia i Płac wchodzi:
- a) Kadry,
 - b) Płace.

§ 65.

Kadry realizują zadania w zakresie:

- 1) zatrudnienia i spraw osobowych:
 - a) planowanie, bilansowanie potrzeb kadrowych we wszystkich grupach zatrudnienia,
 - b) załatwianie formalności związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem stosunku pracy, jak również zmianą stanowisk pracy,
 - c) analiza stanu zatrudnienia i wykorzystania czasu pracy we wszystkich jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala,
 - d) opracowywanie wniosków w sprawie obsady etatowej i właściwego rozmieszczenia kadr,
 - e) prowadzenie dokumentacji i ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy,
 - f) wydawanie legitymacji i zaświadczeń o zatrudnieniu,
 - g) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
 - h) przygotowywanie wniosków w sprawach wyróżnień, nagradzania i karania pracowników,
 - i) prowadzenie spraw związanych z zabezpieczeniem pracowników,
 - j) załatwianie formalności związanych z przechodzeniem pracowników na emerytury i renty,
 - k) prowadzenie statystyki i sprawozdawczości w zakresie spraw osobowych i dyscypliny pracy.
- 2) kształcenia, doksztalcenia i doskonalenia kwalifikacji pracowników:
 - a) organizowanie różnych form szkolenia i doksztalcenia zawodowego pracowników działalności pozapodstawowej /kadry niemedycznej/,
 - b) prowadzenie stosownej dokumentacji z zakresu szkolenia i doksztalcenia zawodowego, o którym mowa w pkt a).
- 3) działalności socjalnej:
 - a) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
 - b) prowadzenie dokumentacji i statystyki z zakresu działalności socjalnej.

§ 66.

Płace realizują zadania w zakresie:

- a) gospodarowanie funduszem płac,
- b) naliczanie wynagrodzeń, premii i innych wynagrodzeń,
- c) dokonywanie potrąceń,
- d) sporządzanie listy płac w ustalonych terminach,
- e) prowadzenie spraw związanych z zasiłkami rodzinnymi pracowników,
- f) obliczanie i sporządzanie list wypłat zasiłków chorobowych, macierzyńskich i innych zgodnie z obowiązującymi przepisami ZUS,
- g) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem pracowników,
- h) prawidłowe naliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych oraz ich rozliczenie PIT-em rocznym,
- i) prawidłowe sporządzanie deklaracji na zaliczkę miesięczną na podatek dochodowy od łącznej kwoty wypłat dokonanych w miesiącu danego roku – PIT-4,
- j) sporządzanie sprawozdawczości z zakresu funduszu płac,
- k) naliczanie składek ubezpieczeniowych oraz terminowe rozliczanie z ZUS,
- l) sporządzanie przelewów związanych z funduszem płac,
- m) wystawianie zaświadczeń o wysokościach zarobków,
- n) wystawianie zarobków na drukach ZUS do rent i emerytur,
- o) wykonywanie innych czynności wynikających z bieżących potrzeb oraz obowiązujących przepisów prawnych.

§ 67.

1. **Zespół Radców Prawnych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Pracę Zespołu Radców Prawnych organizuje koordynator radców prawnych Szpitala.

3. Do ogólnego zakresu działania Zespołu Radców Prawnych należy:
 - a) udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania przepisów prawnych,
 - b) zastępstwo w postępowaniu sądowym i administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.
4. Zespół Radców Prawnych współdziała ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami pracy w zakresie wskazanym w ust. 3.
5. Do szczegółowego zakresu działania Zespołu Radców Prawnych należy:
 - a) informowanie Dyrekcji oraz kierowników komórek organizacyjnych Szpitala o treści nowych przepisów prawnych dotyczących zakresu działania Szpitala,
 - b) udział w zebraniach i naradach, których przedmiotem są sprawy wymagające opinii prawnej,
 - c) udzielanie komórkom organizacyjnym, sekcjom oraz samodzielnym stanowiskom pracy Szpitala pomocy prawnej w sprawach dotyczących ich zakresu działania, w szczególności informacji, opinii, porad i wyjaśnień związanych ze stosowaniem obowiązujących przepisów prawnych,
 - d) opiniowanie pod względem formalno-prawnym umów zawieranych przez Szpital oraz innych aktów wywołujących skutki prawne,
 - e) zabezpieczanie roszczeń Szpitala w stosunku do dłużników poprzez występowanie na drogę postępowania sądowego, w oparciu o materiały przedkładane przez odpowiednie komórki organizacyjne, w terminach zapobiegających przedawnieniu tych roszczeń,
 - f) opiniowanie spraw, w których zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa na szkodę Szpitala,
 - g) opracowywanie pozwów, wniosków, odwołań oraz innych pism wymagających wiedzy prawniczej,
 - h) informowanie Dyrektora Szpitala oraz kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, w przypadku naruszenia przepisów prawa, o stwierdzonych nieprawidłowościach, oraz wskazywanie działań, których podjęcie umożliwi usunięcie tych nieprawidłowości, oraz wskazywanie właściwego sposobu postępowania,
 - i) prowadzenie rejestru spraw będących przedmiotem postępowania sądowego i administracyjnego,
 - j) udzielanie porad prawnych pracownikom Szpitala w zakresie spraw dotyczących stosunku pracy,
 - k) obsługa Rady Społecznej Szpitala.

§ 68.

1. Pracą **Działu Organizacyjno-Prawnego** kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. W Dziale Organizacyjno-Prawnym działa Sekcja Zamówień Publicznych.
3. Dział Organizacyjno-Prawny współdziała z:
 - Zastępcami Dyrektora Szpitala,
 - wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami pracy Szpitala,
 - Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
 - Urzędem Zamówień Publicznych,
 - organami nadzorującymi i innymi organami administracji, ośrodkami naukowo-badawczymi oraz instytucjami współpracującymi ze Szpitalem.
4. Do ogólnego zakresu działania Działu Organizacyjno-Prawnego należy:
 - a) bieżąca kontrola realizacji zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala,
 - b) udział w usprawnianiu rozwiązań organizacyjnych Szpitala,
 - c) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentacji, tj. umów, kontraktów, porozumień, oraz dokumentacji związanej z organizowaniem i przeprowadzaniem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 - d) opracowywanie, wprowadzanie w życie i nadzór nad przestrzeganiem wewnątrzszykalnych aktów prawnych (Statut Szpitala, zarządzenia, regulaminy itp.), z uwzględnieniem § 10 ust. 3 lit. b) - we współpracy z radcą prawnym Szpitala,
 - e) sporządzanie umów i porozumień o współpracy, o udzielaniu świadczeń medycznych i innych, z uwzględnieniem § 10 ust. 3 lit. b),
 - f) nadzór nad kompletowaniem dokumentacji oraz formalno-prawną poprawnością ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych składanych przez Szpital w konkursach organizowanych przez NFZ, Gminę Kraków lub inne podmioty zamawiające świadczenia zdrowotne,
 - g) obsługa Rady Społecznej Szpitala z uwzględnieniem § 10 ust. 5 lit. l),
 - h) nadzór nad organizacją i przebiegiem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.
5. Do szczegółowego zakresu działania Działu Organizacyjno-Prawnego należy:
 - a) opracowywanie i wprowadzanie w życie zarządzeń, poleceń służbowych i oficjalnych pism skierowanych do urzędów, innych instytucji;
 - b) bieżąca kontrola realizacji zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala
 - c) prowadzenie zbioru umów i porozumień;
 - d) prowadzenie dokumentacji i ewidencji wewnątrzszykalnych aktów prawnych, takich jak statut, regulaminy, zarządzenia, polecenia służbowe;
 - e) nadzorowanie aktualności, zgodności z prawem oraz spójności dokumentów, w porozumieniu z radcą prawnym Szpitala, z uwzględnieniem § 10 ust. 5 lit. a)
 - f) sporządzanie umów zawieranych przez Szpital, z uwzględnieniem § 10 ust. 3 lit. b) - w porozumieniu z radcą prawnym Szpitala.

§ 69.

1. Pracą **Sekcji Zamówień Publicznych** kieruje kierownik podporządkowany Kierownikowi Działu Organizacyjno-Prawnego.
2. Sekcja Zamówień Publicznych prowadzi działania w zakresie udzielania zamówień publicznych:
 - a) przygotowuje i prowadzi postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,
 - b) sporządza umowy podpisane przez Szpital z wykonawcami wybranymi w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w porozumieniu z radcą prawnym Szpitala.

§ 70.

1. Pracą **Sekcji Rozliczeń, Statystyki i Dokumentacji** kieruje kierownik podległy bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, przed którym odpowiada za realizację nałożonych zadań.
2. Do ogólnego zakresu działania Sekcji Rozliczeń, Statystyki i Dokumentacji należy zapewnienie dopływu środków finansowych od płatników świadczeń zdrowotnych poprzez przygotowywanie dokumentacji o charakterze statystycznym i rozliczeniowym w celu świadczenia przez Szpital specjalistycznej opieki zdrowotnej w oparciu o przyjęte standardy i procedury.
3. Do szczegółowego zakresu działania Sekcji Rozliczeń, Statystyki i Dokumentacji należy:
 - a) pełnienie wiodącej roli w zakresie współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczącej realizacji rozliczeń finansowo-rzeczowych wynikających z zawartych umów na świadczenia zdrowotne według kryteriów i aspektów określonych przez płatnika,
 - b) obsługa nabywców świadczeń medycznych i innych podmiotów w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej,
 - c) realizacja zadań z zakresu statystyki medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi zasadami i przyjętym porządkiem,
 - d) współpraca z lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami działów medycznych oraz Działem Planowania i Analiz Ekonomicznych w zakresie rozliczeń, statystyki i dokumentacji,
 - e) prowadzenie ruchu chorych oraz nadzór nad archiwum medycznym.

§ 71.

1. **Kancelaria** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Pracą Kancelarii kieruje kierownik.
2. Do ogólnego zakresu zadań Kancelarii należy:
 - a) sprawowanie nadzoru nad wszelkimi formami przepływu informacji zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz jednostki,
 - b) koordynacja i organizacja czynności administracyjnych na terenie Szpitala,
 - c) przyjmowanie i rozdział korespondencji oraz prowadzenie jej ewidencji, rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych,
 - d) zapewnienie odpowiednich warunków p/poż. wszystkim użytkownikom i pracownikom Szpitala oraz zapobieganie zagrożeniom w zakresie p/poż.,
 - e) prowadzenie prac organizacyjno-obronnych w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy,
 - f) kierowanie pracą Magazynu medycznego.
3. Do szczegółowych zadań Kancelarii należy:
 - a) nadzór nad obiegiem dokumentów w Szpitalu,
 - b) przyjmowanie i rozdział korespondencji oraz prowadzenie jej ewidencji,
 - c) przyjmowanie rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych oraz prowadzenie ich ewidencji,
 - d) przyjmowanie oraz prowadzenie ewidencji skarg,
 - e) przyjmowanie i nadawanie telefonogramów, telegramów oraz obsługa faksu,
 - f) udzielanie podstawowych informacji dotyczących funkcjonowania administracji szpitalnej,
 - g) nadzorowanie pracy gońca,
 - h) przepisywanie pism i sprawozdań,
 - i) obsługa ksera.
4. Kancelaria współdziała z:
 - wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami pracy Szpitala,
 - Państwową Inspekcją Pracy,
 - Państwowym Wojewódzkim i Powiatowym Inspektorem Sanitarnym,
 - Miejską Komendą Straży Pożarnych,
 - organami wojskowymi.
5. W skład Kancelarii wchodzi:
 - a) Dziennik Podawczy,
 - b) Stanowisko ds. Ochrony Przeciwpowodziowej,
 - c) Stanowisko ds. Obronnych i Obrony Cywilnej,
 - d) Archiwum Zakładowe,
 - e) Magazyn medyczny.

§ 72.

Do szczegółowego zakresu działania **Stanowiska ds. Ochrony Przeciwpowodziowej** należy:

1. przeprowadzanie okresowych przeglądów pomieszczeń pod kątem ich zabezpieczenia przeciwpożarowego,
2. organizowanie ochrony przeciwpożarowej w zakresie sprzętu i urządzeń pożarniczych oraz środków gaśniczych,
3. kontrola wyposażenia w sprzęt przeciwpożarowy i jego rozmieszczenia oraz kontrola przestrzegania przepisów p/poż. w obiektach,
4. analizowanie stanu i warunków bezpieczeństwa pożarowego i składanie okresowych informacji Dyrektorowi Szpitala,
5. opracowywanie projektów zarządzeń i poleceń w zakresie poprawy bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz urządzeń pożarniczych,
6. prowadzenie instruktażu wstępnego w zakresie p/poż. nowo przyjętych pracowników,
7. prowadzenie w Szpitalu działalności informacyjnej w zakresie ochrony p/poż.,
8. prowadzenie obowiązujących rejestrów, ewidencji i dokumentacji związanych z ochroną przeciwpożarową,
9. prowadzenie innych spraw i wykonywanie prac określonych odpowiednimi przepisami z zakresu ochrony p/poż. lub zleconych przez kierownika.

§ 73.

Do szczegółowego zakresu działania **Stanowiska ds. Ochronnych i Obrony Cywilnej** należy:

1. W zakresie obrony cywilnej
 - a) opracowanie i aktualizacja obowiązującej w tym zakresie dokumentacji,
 - b) nadzór i koordynacja szkolenia pracowników w zakresie obrony cywilnej,
 - c) prowadzenie spraw związanych z przydziałem mobilizacyjnym oraz reklamacją od służby wojskowej pracowników w zakresie określonym obowiązującymi przepisami.
2. W zakresie ochrony tajemnicy państwowej i służbowej:
 - a) prowadzenie kancelarii tajnej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) prowadzenie ewidencji pracowników dopuszczonych do spraw stanowiących tajemnicę państwową,
 - c) sprawowanie nadzoru nad obiegiem dokumentów niejawnych,
 - d) kontrola przestrzegania obowiązujących przepisów o ochronie tajemnicy państwowej,
 - e) inicjowanie i organizowanie przedsięwzięć w zakresie zabezpieczenia i ochrony tajemnicy państwowej,
 - f) wykonywanie innych czynności określonych odpowiednimi przepisami.

§ 74.

Zadania **Archiwum Zakładowego** określone są odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 75.

Do zakresu działania **Magazynu medycznego** należy:

1. utrzymanie i właściwe przechowywanie stanów magazynowych,
2. stałe urealnianie zamówień na materiały wynikające z potrzeb planowych, bieżących i awaryjnych,
3. prowadzenie prac związanych z przyjmowaniem ilościowym, jakościowym, przechowywaniem, wydawaniem materiałów oraz ich udokumentowaniem,
4. przestrzeganie przepisów „Instrukcji magazynowej” obowiązującej w Szpitalu, a w szczególności spraw dotyczących zabezpieczenia magazynów przed kradzieżą i pożarem.

§ 76.

Stanowisko ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i realizuje zadania w zakresie:

1. prowadzenia kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów BHP na wszystkich stanowiskach pracy w Szpitalu,
2. występowania do kierowników komórek organizacyjnych z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
3. sporządzania i przedstawiania Dyrektorowi Szpitala, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć organizacyjnych i technicznych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
4. bieżącego informowanie o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającym do usunięcia tych zagrożeń,
5. udziału w opracowywaniu planów modernizacji Szpitala oraz przedstawiania propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających bezpieczeństwo i higienę pracy,
6. zgłaszania wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy do opracowanych założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji Szpitala lub jego części, oraz nowych inwestycji, a także udziału w ocenie tych dokumentacji,
7. udziału w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów oraz urządzeń mających wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy pracowników,
8. zgłaszania wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych procesach technologicznych,

9. udziału w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń i regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań kierowników jednostek i komórek organizacyjnych z tego zakresu,
10. opiniowania wprowadzanych instrukcji bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
11. prowadzenia rejestrów, kompletowania i przechowywania dokumentów dotyczących wypadków przy pracy i w drodze do pracy i z pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby, a także przechowywania wyników badań środowiska pracy,
12. udziału w dochodzeniach powypadkowych oraz opracowania wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontroli realizacji tych wniosków,
13. doradztwa w zakresie obowiązujących przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
14. udzielania informacji o ryzyku dla zdrowia oraz doradztwa w zakresie doboru najwłaściwszych środków ochrony indywidualnej i zbiorowej na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne i szkodliwe dla zdrowia,
15. organizowania wymaganych szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeprowadzania instruktażu wstępnego w tym przedmiocie dla nowo zatrudnionych pracowników,
16. współpracy z organami Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w zakresie organizowania systematycznych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwych oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami,
17. współdziałania z lekarzem zakładowym w zakresie profilaktyki zdrowotnej pracowników a w szczególności przy organizowaniu badań okresowych pracowników,
18. kontroli zaopatrzenia pracowników w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej,
19. kontroli realizacji zaleceń wydanych przez organy nadzoru w zakresie BHP,
20. wnioskowania o przyznawanie należnych uprawnień pracownikom zatrudnionym w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

§ 77.

1. **Przełożona Pielęgniarek** podporządkowana jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za realizację przydzielonych zadań.
2. Do ogólnego zakresu działania Przełożonej Pielęgniarek należy organizowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek oraz pozostałego średniego i niższego personelu medycznego.
3. Przełożona Pielęgniarek współdziała z:
 - Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - Działem Zatrudnienia i Płac,
 - Działem Ekonomiczno – Administracyjnym,
 - Wydziałem Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa,
 - Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych,
 - odpowiednimi instytucjami służby zdrowia – w miarę potrzeb.
4. Do szczegółowego zakresu działania Przełożonej Pielęgniarek należy:
 - a) sprawowanie nadzoru fachowego i organizacyjnego nad opieką pielęgniarską oraz pracą średniego i niższego personelu medycznego współdziałającego w tej opiece,
 - b) prowadzenie kontroli, dokonywanie analiz i ocen personelu medycznego wymienionego w lit. a),
 - c) badanie potrzeb w zakresie usprawnienia organizacji metod pracy podległego personelu, opracowywanie wniosków w tym zakresie oraz ich wdrażanie,
 - d) prowadzenie instruktażu w zakresie poprawy organizacji i metod pracy podległego personelu we wszystkich komórkach organizacyjnych,
 - e) organizowanie działalności w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych i ogólnych podległego personelu, inicjowanie i organizowanie wewnątrzzakładowych szkoleń i delegowanie pracowników na zorganizowane formy szkolenia podyplomowego,
 - f) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym zatrudnieniem personelu medycznego wymienionego w lit. a) zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami oraz zasadą racjonalnego rozmieszczenia i wykorzystania kadr,
 - g) opiniowanie spraw związanych z zatrudnieniem, zwalnianiem i awansowaniem podległego personelu,
 - h) dokonywanie okresowych analiz stanu zatrudnienia podległego personelu medycznego i planowanie potrzeb w tym zakresie,
 - i) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach dotyczących nagród i kar w stosunku do podległych pracowników,
 - j) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach dotyczących średniego i niższego personelu medycznego wymienionego w lit. a).
5. Zadania wskazane w ust. 4 Przełożona Pielęgniarek wykonuje przy pomocy Pielęgniarek Oddziałowych. W przypadku nieobecności Przełożonej Pielęgniarek zastępstwo pełni wyznaczona Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 78.

1. **Pielęgniarki społeczne** podporządkowane są bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek.

2. Pielęgniarki społeczne współpracują z:
 - personelem medycznym,
 - administracją Szpitala,
 - opiekunami społecznymi,
 - Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
3. Do obowiązków pielęgniarki społecznej należy w szczególności:
 - a) występowanie w imieniu Pacjenta lub na zlecenie lekarza kierującego oddziałem przed odpowiednimi instytucjami,
 - b) badanie środowiska Pacjenta i jego warunków rodzinnych, mieszkaniowych i warunków pracy,
 - c) występowanie, na zlecenie lekarza kierującego oddziałem lub kierownika poradni, do właściwych placówek opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w celu zapewnienia właściwej opieki Pacjentowi opuszczającemu Szpital,
 - d) zapoznanie rodziny Pacjenta lub jego opiekunów, przy wypisywaniu go do domu, z zasadami racjonalnego postępowania z nim w oparciu o zlecenia wydane przez lekarza leczącego,
 - e) utrzymanie kontaktu z Pacjentem, który ze względu na prowadzone prace badawcze pozostaje pod obserwacją Szpitala po jego opuszczeniu,
 - f) podejmowanie starań o umieszczenie Pacjenta w zakładzie opieki społecznej, domu dziecka lub domu małego dziecka,
 - g) czynienie starań o roztoczenie opieki nad rodziną Pacjenta, jeżeli zajdzie tego potrzeba ze względów zdrowotnych,
 - h) staranie się o zapewnienie miejsca odbycia położnicy samotnym matkom po wypisaniu ich z oddziału położniczego,
 - i) załatwienie wstępnych formalności związanych z usprawnieniem i przekwalifikowaniem zawodowym Pacjenta, który w następstwie przebytej choroby stał się inwalidą w stopniu uniemożliwiającym wykonywanie posiadanego zawodu.

§ 79.

1. **Pielęgniarka Epidemiologiczna** podporządkowana jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za realizację przydzielonych zadań.
2. Do ogólnego zakresu działania Pielęgniarki Epidemiologicznej należy:
 - a) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (w tym opracowywanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń w szpitalu),
 - b) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala,
 - c) nadzorowanie pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach szpitalnych, szczególnie w pomieszczeniach związanych z pobytem Pacjenta,
 - d) koordynowanie i wypracowywanie standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Szpitalu, a szczególnie metod i technik pracy personelu, systemu transportu wewnętrznego, sposobu zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych, procesów dezynfekcji, sterylizacji, dezynsekcji i deratyzacji,
 - e) monitorowanie przestrzegania standardów organizacji pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych szpitala,
 - f) nadzorowanie przechowywania sterylnego sprzętu medycznego oraz magazynów aparatury medycznej,
 - g) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród Pacjentów i personelu,
 - h) analiza źródeł zakażeń,
 - i) prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych oraz przedstawianie wyników prac kadrze kierowniczej szpitala,
 - j) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych, w szczególności dokumentacji związanej z rejestracją Pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym,
 - k) nadzorowanie systemu izolacji Pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
 - l) współpraca z komórkami Szpitala odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu,
 - m) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego w zakresie zakażeń szpitalnych,
 - n) opracowywanie i realizacja programów edukacyjnych.

§ 80.

1. **Sekcja Informatyczna** podporządkowana jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za realizację przydzielonych jej zadań.
2. Do ogólnego zakresu działania Sekcji Informatycznej należy:
 - a) nadzór nad działaniem sieci komputerowej szpitala,
 - b) nadzór nad działaniem oprogramowania komputerowego,
 - c) nadzór nad działaniem oprogramowania systemu sieciowego,
 - d) modyfikacja istniejącego oprogramowania w zależności od potrzeb,
 - e) zapewnienie prawidłowej eksploatacji i konserwacji sprzętu komputerowego oraz drukarek,

- f) naprawa drobnych uszkodzeń i usterek powstałych w wyniku eksploatacji sprzętu komputerowego.

§ 81.

Kapelani Szpitala pełnią swoje obowiązki zgodnie z posługą kapłańską.

B. Pion Głównego Księgowego

§ 82.

1. Obsługa Finansowo-Księgowa podporządkowana jest Głównemu Księgowemu. Do ogólnego zakresu działania tej obsługi należy prowadzenie finansów i rachunkowości Szpitala.
2. Obsługa Finansowo-Księgowa współdziała:
 - a) z Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
 - b) z bankami prowadzącymi obsługę Szpitala,
 - c) z Działem Zatrudnienia i Płac,
 - d) ze wszystkimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie spraw finansowo-księgowych.
3. Do szczegółowego działania Obsługi Finansowo-Księgowej należy:
 - a) opracowanie projektu planu finansowego Szpitala,
 - b) opracowanie preliminarzy wydatków,
 - c) dyspozycje środkami budżetowymi i pozabudżetowymi,
 - d) finansowanie działalności podstawowej, remontowej i administracyjno-eksploatacyjnej oraz technicznej Szpitala,
 - e) dokonywanie opłat podatkowych i innych,
 - f) dokonywanie bieżących kontroli dokumentów finansowych z tytułu zakupów, usług i świadczeń, obrotów pieniężnych, delegacji służbowych i innych rozliczeń finansowych,
 - g) bieżąca kontrola wykorzystania budżetu,
 - h) dyspozycja rachunkami bankowymi,
 - i) obsługa kasowa Szpitala,
 - j) kontrola wydawania druków ścisłego zarachowania w obrocie gotówkowym,
 - k) prowadzenie księgowości syntetycznej i analitycznej,
 - l) prowadzenie rozrachunków,
 - m) prowadzenie obowiązującej ewidencji księgowej, dokumentacji i rozliczeń.
4. W skład Obsługi Finansowo-Księgowej wchodzi:
 - a) Dział Księgowości Finansowej,
 - b) Dział Księgowości Materiałowej i Inwentaryzacji,
 - c) Dział Księgowości Kosztów i Cen.

§ 83.

1. **Dział Księgowości Finansowej** podporządkowany jest Głównemu Księgowemu. Pracą Działu Księgowości Finansowej kieruje Zastępca Głównego Księgowego, pełniąc funkcję kierownika działu.
2. Do zadań działu należy:
 - a) stosowanie zasad rachunkowości w sposób zapewniający rzetelne i jasne przedstawienie sytuacji majątkowej i finansowej, wyniku finansowego oraz rentowności jednostki;
 - b) działania w zakresie rachunkowości obejmujące:
 - 1) prowadzenie ksiąg rachunkowych,
 - 2) okresowe ustalenie lub sprawdzenie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów środków pieniężnych, wyjaśnienie i rozliczenie ewentualnych różnic,
 - 3) wycenę aktywów i pasywów oraz ustalenie wyniku finansowego,
 - 4) prowadzenie chronologicznie kont księgi głównej (syntetyki),
 - 5) prowadzenie kont ksiąg pomocniczych (analityki),
 - 6) prowadzenie rozrachunków,
 - 7) prowadzenie obowiązującej ewidencji księgowej, dokumentacji i rozliczeń,
 - 8) prowadzenie gospodarki kasowej zgodnie z Instrukcją Kasową;
 - c) w zakresie finansowania i księgowania:
 - 1) dyspozycje środkami budżetowymi i pozabudżetowymi,
 - 2) finansowanie działalności podstawowej, remontowej i administracyjno-eksploatacyjnej oraz technicznej Szpitala,
 - 3) dokonywanie opłat podatkowych i innych,
 - 4) bieżąca kontrola dokumentów finansowych,
 - 5) bieżąca kontrola wykonywania budżetu,
 - 6) dyspozycje rachunkami bankowymi;
 - d) obsługa kasowa Szpitala;
 - e) kontrola wydawania druków ścisłego zarachowania w okresie gotówkowym;

- f) sporządzanie bilansu rocznego i obowiązujących sprawozdań finansowych;
- g) analiza wykorzystania środków przydzielanych z budżetu oraz środków pozabudżetowych będących w dyspozycji jednostki;
- h) prowadzenie dochodów i wydatków budżetowych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- i) bieżąca analiza dochodów i wydatków z planami finansowymi i kosztami.

§ 84.

1. **Dział Księgowości Materialowej i Inwentaryzacji** podporządkowany jest Głównemu Księgowemu.
2. Do zadań działu należy:
 - a) prowadzenie ksiąg inwentaryzacyjnych środków trwałych i nietrwałych w miejscu użytkowania;
 - b) rozliczanie spisu z natury wszystkich składników majątkowych;
 - c) ustalanie rzeczywistego stanu ilościowego i wartościowego poszczególnych składników majątkowych na podstawie spisu z natury oraz ewidencji księgowej;
 - d) dokonywanie wyceny spisu;
 - e) bieżące prowadzenie ewidencji odzieży ochronnej, roboczej i mundurowej oraz kartotek osobistych;
 - f) przeprowadzanie kasacji majątku w użytkowaniu;
 - g) rozliczanie kasacji (wycena);
 - h) umarzanie środków trwałych;
 - i) sprawdzanie dowodów „magazyn przyjmie” z rachunkami pod względem formalno-rachunkowym;
 - j) miesięczne sporządzanie zestawień i sald;
 - k) miesięczne uzgadnianie zestawień obrotów i sald z kontami syntetycznymi;
 - l) sporządzanie miesięcznych rozchodów wartościowo na poszczególne oddziały;
 - m) sprawdzanie wystawionych kwitów Mp, Mw;
 - n) roczne rozliczanie spisów z natury materiałów z magazynów;
 - o) dokonywanie wyceny zużyć materiałowych (wg miejsc ich powstania);
 - p) sporządzanie sprawozdań miesięcznych, kwartalnych i rocznych z zakresu księgowości materialowej.

§ 85.

1. **Dział Księgowości Kosztów i Cen** podporządkowany jest Głównemu Księgowemu.
2. Do zadań działu należy:
 - a) prowadzenie ewidencji kosztów na poszczególne ośrodki kontowe zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz potrzebami jednostki;
 - b) bieżąca analiza kosztów z wydatkami oraz z planem finansowym;
 - c) obliczanie kosztów w miejscach ich powstawania;
 - d) sporządzanie terminowych sprawozdań kosztowych;
 - e) sporządzanie kalkulacji wynikowej kosztów;
 - f) uaktualnianie cennika usług medycznych.

C. Pion ekonomiczno-administracyjny

§ 86.

1. **Działem Planowania i Analiz Ekonomicznych** kieruje kierownik podporządkowany bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
2. Dział Planowania i Analiz Ekonomicznych współdziała z:
 - a) Oddziałami Szpitala,
 - b) Działem Finansowo-Księgowym Szpitala,
 - c) Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
 - d) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Do zadań działu należy:
 - a) bieżąca obserwacja zmian w polityce ekonomicznej, poprzez analizę pojawiających się szans, zagrożeń, śledzenie nowych źródeł finansowania itp.;
 - b) bieżąca obserwacja zmian efektywności gospodarczej poprzez badanie efektywności poszczególnych oddziałów i komórek organizacyjnych, porównanie kosztów do wykonywanych zadań, badanie zużycia poszczególnych składników majątkowych w procesie leczenia;
 - c) realizacja i dokumentowanie sprzedaży dotyczącej działalności medycznej i niemedycznej Szpitala.

§ 87.

1. Pracą **Działu Technicznego** kieruje kierownik podporządkowany Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
2. Do ogólnego zakresu działania Działu Technicznego należy:
 - a) zapewnienie prawidłowej eksploatacji budynków,

- b) zapewnienie prawidłowej eksploatacji instalacji i urządzeń elektroenergetycznych, teletechnicznych, sygnalizacyjnych i dźwigowych,
 - c) zapewnienie prawidłowej eksploatacji aparatury i sprzętu medycznego oraz instalacji i urządzeń,
 - d) zapewnienie prawidłowej eksploatacji instalacji i urządzeń energetyki cieplnej, gazów medycznych, Stacji Uzdatniania Wody,
 - e) obsługa centrali telefonicznej.
3. Dział Techniczny współdziała:
- a) z Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
 - b) ze stanowiskiem ds. BHP i stanowiskiem ds. p/poż.,
 - c) ze wszystkimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz stanowiskami pracy.
4. W skład Działu Technicznego wchodzi:
- a) Sekcja Budowlana i Instalacji Sanitarnych,
 - b) Sekcja Instalacji Elektrycznych, Teletechnicznych, Napraw Aparatury Medycznej,
 - c) Sekcja Energetyki Ciepłej, Gazów Medycznych i Stacji Uzdatniania Wody,
 - d) Centrala Telefoniczna.

§ 88.

1. Pracą Sekcji Budowlanej i Instalacji Sanitarnych kieruje kierownik podporządkowany Kierownikowi Działu Technicznego.
2. Do zakresu działania sekcji należy:
 - a) przeprowadzanie okresowych inspekcji i przeglądów budynków, urządzeń i instalacji sanitarnych w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych,
 - b) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją budynków, instalacji i urządzeń,
 - c) organizowanie i prowadzenie przeglądów technicznych budynków,
 - d) ustalanie programów i planów remontów bieżących i kapitalnych,
 - e) organizowanie i kierowanie robotami konserwacyjnymi i remontowymi,
 - f) przygotowanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej remontów lub protokołów typowania robót niewymagających dokumentacji projektowo-kosztorysowej,
 - g) koordynowanie robót i organizowanie komisyjnego odbioru robót,
 - h) zabezpieczenie fachowego nadzoru techniczno-branżowego robót remontowych,
 - i) przechowywanie i ewidencjonowanie dokumentacji i sprawozdawczości,
 - j) kontrola zużycia i racjonalnego wykorzystania pobranych materiałów i środków technicznych,
 - k) stały nadzór eksploatacją, konserwacją i bezawaryjnym działaniem Szpitala,
 - l) współpraca w zakresie prac z wszystkimi sekcjami Działu Technicznego,
 - m) współpraca z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji planów inwestycyjnych Szpitala.

§ 89.

1. Pracą Sekcji Instalacji Elektrycznych, Teletechnicznych i Napraw Aparatury Medycznej kieruje kierownik podporządkowany Kierownikowi Działu Technicznego.
2. Do zakresu działania sekcji należy:
 - a) ustalanie planów i programów zabiegów konserwacyjnych, napraw, remontów urządzeń i instalacji oraz sprzętu,
 - b) dokonywanie przeglądów wynikających z przepisów o eksploatacji urządzeń,
 - c) kontrola przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów urządzeń i instalacji oraz sprzętu,
 - d) przestrzeganie przepisów i instrukcji o eksploatacji i paszportach technicznych,
 - e) kontrola zużycia i racjonalnego wykorzystania pobranych materiałów,
 - f) współudział w przeglądach technicznych budynków,
 - g) stały nadzór nad eksploatacją, konserwacją i bezawaryjnym działaniem obiektów i urządzeń wchodzących w skład Szpitala,
 - h) współpraca w zakresie prac z wszystkimi sekcjami Działu Technicznego,
 - i) współpraca z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji planów inwestycyjnych Szpitala.

§ 90.

1. Pracą Sekcji Energetyki Ciepłej, Gazów Medycznych i Stacji Uzdatniania Wody kieruje kierownik podporządkowany Kierownikowi Działu Technicznego.
2. Do zakresu działania sekcji należy:
 - a) zapewnienie pracy i eksploatacji zgodnie z obowiązującymi normami i instrukcjami urządzeń kotłowni, gazów medycznych, Stacji Uzdatniania Wody i instalacji przesłania tych mediów,
 - b) ustalanie planów i programów zabiegów konserwacyjnych, napraw, remontów urządzeń i instalacji,

- c) przeprowadzanie okresowych przeglądów i inspekcji budynków i urządzeń w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów, zabiegów konserwacyjnych,
- d) dopilnowanie konserwacji i przeglądów zgodnie z paszportami technicznymi, instrukcjami i wymogami eksploatacyjnymi,
- e) podanie do sieci Szpitala wody uzdatnionej do parametrów zgodnych z Polską Normą i pod wymaganym ciśnieniem oraz zapewnienie dostawy tlenu,
- f) sporządzanie planów zaopatrzenia w materiały i środki techniczne dla potrzeb remontów, konserwacji i eksploatacji,
- g) przechowywanie i ewidencjonowanie dokumentacji i sprawozdawczości,
- h) kontrola zużycia i racjonalnego wykorzystania pobranych materiałów,
- i) współpraca w zakresie prac z wszystkimi sekcjami Działu Technicznego,
- j) współpraca z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Szpitala zakresie realizacji planów inwestycyjnych Szpitala.

§ 91.

1. **Działem Gospodarczym** kieruje kierownik podporządkowany bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych,
2. W skład działu wchodzi:
 - a) Sekcja Gospodarcza:
 - Magazyn ubrań chorych
 - b) Sekcja Zaopatrzenia:
 - Magazyn gospodarczy,
 - Magazyn sprzętu medycznego.
3. Do zadań Sekcji Gospodarczej należy:
 - a) zapewnienie właściwego stanu porządkowego i sanitarno-higienicznego na podległym terenie,
 - b) współudział w organizacji dozoru w celu zabezpieczenia mienia Szpitala,
 - c) dbanie o estetykę wnętrz, obejść i terenów zielonych,
 - d) nadzór i zarządzanie Magazynem ubrań chorych
 - e) nadzór nad centralną szatnią personelu medycznego,
 - f) sprawowanie nadzoru nad właściwymi i terminowym usuwaniem odpadów medycznych, zabezpieczaniem miejsc ich składowania, prowadzeniem ewidencji ich wytwarzania i przekazywania do unieszkodliwiania oraz sporządzania wymaganej sprawozdawczości.
4. Do zakresu działania Sekcji Zaopatrzenia należy:
 - a) ustalenie potrzeb na podstawie przeanalizowanych zgłoszonych zapotrzebowań w zakresie wyposażenia i zaopatrzenia materiałowego,
 - b) współpraca w opracowaniu planów zaopatrzenia,
 - c) czuwanie nad terminowym i należyтым zaopatrzeniem poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala,
 - d) realizacja zakupów ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania procedury ustawy o zamówieniach publicznych,
 - e) nadzór nad dostawą dostarczonych materiałów pod względem ilościowym i jakościowym,
 - f) prowadzenie korespondencji w zakresie związanym z zaopatrzeniem,
 - g) czuwanie nad realizacją i oszczędną gospodarką materiałową i zgłaszanie wniosków w tym zakresie.
5. Sekcja Zaopatrzenia współdziała z:
 - a) Działem Organizacyjno-Prawnym w zakresie zamówień publicznych,
 - b) wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami pracy w Szpitalu w zakresie zaopatrzenia,
 - c) Działem Finansowo-Księgowym Szpitala w zakresie rozliczeń,
 - d) instytucjami zewnętrznymi w zakresie dostaw i zakupów.
6. W skład Sekcji Zaopatrzenia wchodzi Magazyn gospodarczy, do o zakresu działania którego należy:
 - a) utrzymanie i właściwe przechowywanie aparatów stanów magazynowych,
 - b) stałe urealnianie zamówień na materiały wynikające z potrzeb planowych, bieżących i awaryjnych,
 - c) prowadzenie prac związanych z przyjmowaniem ilościowym, jakościowym, przechowywaniem, wydawaniem materiałów oraz ich udokumentowaniem,
 - d) przestrzeganie przepisów „Instrukcji magazynowej” obowiązującej w Szpitalu, a w szczególności spraw dotyczących zabezpieczenia magazynów przed kradzieżą i pożarem.

Rozdział IV

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA MIĘDZY JEDNOSTKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§ 92.

Współdziałanie pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób, który zapewnia sprawność funkcjonowania Zakładu oraz kompleksowość, dostępność i należytą jakość udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

Rozdział V

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dział I

Współdziałanie w celu zachowania ciągłości leczenia Pacjentów.

§ 93.

1. Pacjent leczony w Szpitalu może być przeniesiony do innego zakładu opieki zdrowotnej w przypadku, gdy:
 - a) zachodzi konieczność kontynuacji leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej o wyższym stopniu referencyjności,
 - b) Pacjent wymaga udzielenia świadczenia zdrowotnego nie wykonanego w Szpitalu,
 - c) Szpital nie dysponuje odpowiednim sprzętem lub aparaturą medyczną.
2. Pacjent leczony w Szpitalu może zostać skierowany na badanie diagnostyczne lub konsultacje do innego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli świadczeń takich nie można wykonać w Szpitalu.
3. Przeniesienie Pacjenta oraz skierowanie Pacjenta na badania diagnostyczne lub konsultacje do innego zakładu opieki zdrowotnej wymaga wcześniejszego uzgodnienia z personelem tego zakładu.

§ 94.

W przypadkach określonych w § 93 Szpital zapewnia Pacjentowi w razie takiej konieczności przejazd środkami transportu sanitarnego.

§ 95.

W przypadku okresowego i przemijającego braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital personel medyczny Szpitala kieruje Pacjentów do innych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych (posiadających zawarte umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego).

Dział II

Współdziałanie z zakładami opieki zdrowotnej działającymi na terenie Szpitala.

§ 96.

1. Zakłady opieki zdrowotnej korzystające z pomieszczeń Szpitala powinny poprzez właściwe oznaczenie wyraźnie oddzielać się od działalności Szpitala.
2. W pomieszczeniach wykorzystywanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej powinna znajdować się informacja dla Pacjentów dotycząca nazwy i adresu, rodzaju, zakresu i godzin prowadzenia działalności, w tym o możliwości złożenia odwołania, skargi lub wniosku wraz z wyjaśnieniem trybu ich wnoszenia.

§ 97.

1. Personel medyczny Szpitala w czasie wykonywania obowiązków na rzecz Szpitala nie może udzielać świadczeń zdrowotnych osobom nie będącym Pacjentami Szpitala, jak również wykonywać żadnych innych czynności na rzecz innych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Zakaz o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia Pacjenta.

§ 98.

1. Zakłady opieki zdrowotnej działające na terenie Szpitala nie mogą korzystać ze sprzętu, aparatury medycznej, leków oraz innych materiałów medycznych stanowiących własność Szpitala, chyba że co innego wynika z umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a tymi zakładami opieki zdrowotnej.
2. Personel Szpitala nie może korzystać ze sprzętu, aparatury medycznej, leków oraz innych materiałów medycznych stanowiących własność innych podmiotów, chyba że co innego wynika z umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a tymi podmiotami.

§ 99.

Jeżeli Szpital oraz inne zakłady opieki zdrowotnej korzystają z tych samych pomieszczeń należy bezwzględnie przestrzegać warunków umów oraz instrukcji określających wzajemne prawa i obowiązki z tym związane.

§ 100.

Działalność innych zakładów opieki zdrowotnej na terenie Szpitala nie może naruszać zasady priorytetowego udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów Szpitala.

Rozdział VI PRAWA PACJENTA

§ 101.

1. Postanowienia Regulaminu nie naruszają praw Pacjenta określonych i wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta”, oraz innych przepisów prawa.
2. Ograniczenie korzystania z praw Pacjenta może nastąpić zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala, a w sytuacjach nagłych decyzją lekarza dyżurnego, z następujących powodów:
 - 1) w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego,
 - 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjentów,
 - 3) ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala w przypadku prawa Pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, o którym mowa w § 113.

§ 102.

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym określonych w przepisach prawa. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, uwzględniającej postanowienia art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - a) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie (żądanie odnotowuje się w dokumentacji medycznej), przy czym lekarz może odmówić, jeśli uzna, że żądanie jest bezzasadne (odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej);
 - b) pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (żądanie odnotowuje się w dokumentacji medycznej), przy czym pielęgniarka może odmówić, jeśli uzna że żądanie jest bezzasadne (odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej).
4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. W przypadku porodu Pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

§ 103.

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu tej informacji. Po uzyskaniu informacji Pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie innym osobom informacji o stanie zdrowia Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. W sytuacjach wyjątkowych, gdy rokowanie jest niepomysłne dla Pacjenta, w których zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro Pacjenta. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu w pełnym zakresie informacji o stanie zdrowia Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Na żądanie Pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
5. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

6. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

§ 104.

Jeśli lekarz zgodnie z prawem nie podejmie lub odstąpi od leczenia Pacjenta (co jest dopuszczalne wyłącznie, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, ani inny przypadek nie cierpiący zwłoki; a w przypadku lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, także jeżeli istnieją poważne ku temu powody i uzyska on zgodę swojego przełożonego) Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia Pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 105.

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach Pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta oraz w innych przepisach, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital, w tym o realizowanych przez Szpital profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
3. Informację, o której mowa w ust. 1 i 2, Szpital udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Pacjentowi niemogącemu się poruszać informację, o której mowa w ust. 1 i 2, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym Pacjent przebywa.

§ 106.

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
2. W celu realizacji powyższego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z Pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia Pacjenta, również po jego śmierci. Osoby wykonujące zawód medyczny są zwolnione z tego obowiązku, gdy:
 - 1) tak stanowią przepisy prawa;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia Pacjenta lub innych osób;
 - 3) Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o Pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

§ 107.

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w § 103.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
3. Przedstawiciel ustawowy Pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
4. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo Pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
5. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 2-4, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
6. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla Pacjenta, zgodę, o której mowa w ust. 2, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się ust. 3 i 4. Przed wyrażeniem zgody Pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w § 103. Przepisy ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.
7. Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa niniejszym paragrafie, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857).
8. Zasady zawarte w ust. 1 - 7 stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy ustaw innych niż ustawa o prawach pacjenta nie stanowią inaczej.

§ 108.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. W celu realizacji prawa, o którym mowa w ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności Pacjenta.
4. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody Pacjenta, a w przypadku Pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

§ 109.

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych Pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

§ 110.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w ustawie o prawach pacjenta oraz w innych przepisach.
3. W celu realizacji prawa, o którym mowa w ust. 1, Szpital jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w § 35 oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
4. Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o których mowa w § 35.

§ 111.

1. Dokumentacja medyczna prowadzona jest w Szpitalu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247 poz. 1819 ze zm.) i zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie Pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy Pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
 - 2) oznaczenie Szpitala ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
 - 3) opis stanu zdrowia Pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
 - 4) datę sporządzenia.
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez Pacjenta.
3. Po śmierci Pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez Pacjenta za życia.
4. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą Pacjenta;
- 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej Szpital na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
5. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w siedzibie Szpitala;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
7. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
8. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 6 pkt 2 Szpital pobiera opłatę, co nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.). Wysokość opłaty ustala Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym, przy uwzględnieniu art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.
9. Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) 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;
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną Pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) 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;
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
10. Po upływie okresów wymienionych w ust. 9 Szpital niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta, którego dotyczyła.

§ 112.

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki Pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia Pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1. W przypadku niespełnienia tych wymagań sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.

§ 113.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, które realizowane jest jako prawo Pacjenta do:
 - a) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami oraz do odmowy takiego kontaktu;
 - b) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad Pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.
2. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa do kontaktu z innymi osobami oraz prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital. Opłatę rekompensującą te koszty ustala Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji powyższych praw; informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana na tablicy ogłoszeń przy wejściu na oddział.
3. Prawo Pacjenta przebywającego w Szpitalu do kontaktu osobistego z innymi osobami oraz prawo Pacjenta przebywającego w Szpitalu do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jest realizowane, z zastrzeżeniem § 25, na

zasadach określonych poniżej, udostępnianych jako „Regulamin odwiedzin” na tablicy ogłoszeń przy wejściu na oddział.

4. Zasady ustalone w „Regulaminie odwiedzin” nie powinny być stosowane przez personel Szpitala w sposób bezwzględny. W przypadkach indywidualnych i w uzasadnionych sytuacjach dopuszczalne są odstępstwa od tych zasad, o ile personel Szpitala uzna je za dozwolone i możliwe.

**REGULAMIN ODWIEDZIN
ORAZ PRZEBYWANIA OSÓB UDZIELAJĄCYCH DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ
w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie**

- I. Niniejszy regulamin ustala zasady, na których realizowane jest w Szpitalu prawo Pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami oraz prawo Pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad Pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pólgu.*
- II. Zasady ustalone w regulaminie wprowadza się ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjentów oraz, w odniesieniu do prawa Pacjenta do kontaktu osobistego z innymi osobami, ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.*
- III. Dalsze ograniczenie korzystania z praw Pacjenta może nastąpić zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala, a w sytuacjach nagłych decyzją lekarza kierującego oddziałem lub lekarza dyżurnego, z następujących powodów:*
 - 1) w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego,*
 - 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjentów,*
 - 3) w przypadku prawa Pacjenta do kontaktu z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.*
- IV. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa do kontaktu z innymi osobami oraz prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital. Oplatę rekompensującą te koszty ustala zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Szpitala.*

V. ZASADY OBOWIĄZUJĄCE WE WSZYSTKICH ODDZIAŁACH SZPITALA:

1. Zasady odwiedzin.

- 1.1. Wszyscy odwiedzający są zobowiązani do zapoznania się z regulaminem odwiedzin. Personel Szpitala zobowiązany jest do informowania odwiedzających o obowiązku zapoznania się z regulaminem, w miarę możliwości i potrzeb.*
- 1.2. Odwiedzający mają obowiązek podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu Szpitala. W przypadku nieprzestrzegania regulaminu odwiedzin lub niestosowania się do poleceń personelu Szpitala odwiedzający może zostać zobowiązany do opuszczenia Szpitala.*
- 1.3. Pacjentów przebywających w Szpitalu można odwiedzać codziennie w godzinach odwiedzin: **od 12⁰⁰ do 20⁰⁰**, które obowiązują, o ile na danym oddziale nie wprowadzono innych godzin odwiedzin.*
- 1.4. Poza godzinami odwiedzin odwiedziny są możliwe po uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem dyżurnym, który może nie wyrazić zgody na odwiedziny z następujących powodów:*
 - 1) w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego,*
 - 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów,*
 - 3) ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.*
- 1.5. **Jednego Pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie tylko dwie osoby.** Odwiedziny Pacjenta przez większą liczbę osób jednocześnie możliwe są w sytuacjach wyjątkowych, po uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem dyżurnym.*
- 1.6. Nie mogą odwiedzać Pacjentów osoby znajdujące się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub znajdujący się pod wpływem innych używek, jak również osoby chore mogące zarazić Pacjentów.*
- 1.7. Odwiedzającym zabrania się:*
 - hałasowania, śmiecenia,*
 - palenia tytoniu, spożywania alkoholu,*

- dostarczania Pacjentom artykułów spożywczych, napojów lub jakichkolwiek leków bez uzgodnienia z pielęgniarką lub lekarzem,
- wchodzenia do sal, w których nie przebywa odwiedzany Pacjent,
- siadania na łóżkach Pacjentów,
- wchodzenia do łazienek i toalet przeznaczonych dla Pacjentów,
- manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami,
- posługiwania się telefonami komórkowymi przy aparaturze medycznej (zwłaszcza w miejscach oznaczonych zakazem ich używania),
- wprowadzania i przynoszenia jakichkolwiek zwierząt.

1.8. Odwiedzający mają obowiązek dokładnie oczyścić obuwie lub założyć foliowe ochraniacze. Odwiedzający mają obowiązek stosować obuwie i odzież ochronną, jeżeli jest to wymagane na danym oddziale.

1.9. Odwiedzający są zobowiązani do:

- szanowania mienia Szpitala, zachowania czystości pomieszczeń Szpitala,
- opuszczania sal na czas wykonywania zabiegów lekarskich i pielęgnarskich, co nie dotyczy osób bliskich (czyli małżonka Pacjenta, jego krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez Pacjenta) o ile osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych Pacjentowi nie odmówi Pacjentowi obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co może nastąpić w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjenta,
- opuszczania sal w czasie obchodu lekarskiego,
- kulturalnego oraz taktownego zachowania wobec Pacjentów oraz niezakłócania ich spokoju,
- kulturalnego zachowania wobec personelu Szpitala i nie zakłócania jego pracy,
- przestrzegania ciszy nocnej (od 21⁰⁰ do 6⁰⁰).

1.10. Informacje o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych udzielane są tylko osobom upoważnionym przez Pacjenta lub jego przedstawicielom ustawowym.

1.11. Wszelkie zastrzeżenia i uwagi odwiedzający mogą wpisywać do „książki skarg i wniosków”, która znajduje się na każdym oddziale w dyżurce lekarskiej.

2. Zasady przebywania w Szpitalu osób udzielających dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

2.1. O skorzystaniu z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej decyduje Pacjent albo jego przedstawiciel ustawowy. Pobyt na oddziale osoby udzielającej Pacjentowi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej musi być uzgodniony z lekarzem kierującym oddziałem lub z lekarzem dyżurnym, który może nie wyrazić zgody na udzielanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej wyłącznie z następujących powodów:

- 1) w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego,
- 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

2.2. Osoba udzielająca dodatkowej opieki pielęgnacyjnej powinna uzgodnić z personelem Szpitala, jakie czynności pielęgnacyjne będzie wykonywał, a jakie czynności wykonywać będzie personel Szpitala.

2.3. Osoba udzielająca dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ma obowiązek podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu Szpitala i jest zobowiązana przestrzegać odpowiednio zasad określonych powyżej w pkt 1.6. – 1.9.

VI. ZASADY OBOWIĄZUJĄCE W POSZCZEGÓLNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA:

1. Oddział Urologiczny.

- Wypisy Pacjentów odbywają się w godzinach od 12⁰⁰ do 15⁰⁰.

2. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

- Godziny odwiedzin na oddziale: **od 13⁰⁰ do 14⁰⁰**.
- Na sali pooperacyjnej odwiedzin nie ma.
- Odwiedzający proszeni są o maksymalne ograniczenie czasu wizyt.
- Przed wejściem na oddział należy założyć obuwie oraz odzież ochronną.
- Informacji o stanie zdrowia Pacjentów udziela ich lekarz prowadzący w godzinach od 13⁰⁰ do 14⁰⁰.

3. Oddział Chorób Wewnętrznych I.

- Godziny odwiedzin na oddziale: **od 11⁰⁰ do 18⁰⁰**.
- Na sali pooperacyjnej odwiedzin nie ma.

- Dzieci do 7 roku życia nie powinny odwiedzać Pacjentów. Dzieci w wieku od 7 do 14 lat powinny odwiedzić Pacjentów tylko w towarzystwie osoby dorosłej.
 - Wypisy Pacjentów odbywają się w godzinach od 13⁰⁰ do 14⁰⁰.
4. **II Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Odcinkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej.**
- Dzieci do 12 roku życia nie powinny odwiedzać Pacjentów.
 - Na Odcinku Intensywnej Terapii Kardiologicznej obowiązkowe obuwie ochronne.
 - Wypisy Pacjentów odbywają się w godzinach od 13⁰⁰ do 14³⁰.
5. **Oddział Otolaryngologiczny.**
- Dzieci do 5 roku życia nie powinny odwiedzać Pacjentów na salach pooperacyjnych.
 - Przed wejściem na sale pooperacyjne należy założyć obuwie oraz odzież ochronną.
 - Wypisy Pacjentów odbywają się po godzinie 13⁰⁰.
6. **Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Dorosłych i Dzieci.**
- Godziny odwiedzin na oddziale: **od 15⁰⁰ do 19⁰⁰ w dni pracujące, od 11⁰⁰ do 19⁰⁰ w dni wole od pracy.**
 - W odcinku dziecięcym Pacjenta może odwiedzać tylko jedna osoba. W odcinku dorosłych Pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie dwie osoby.
 - Obowiązek opuszczenia sal Pacjentów w czasie obchodu lekarskiego nie dotyczy osób sprawujących dodatkową opiekę pielęgnacyjną.
7. **Oddział Neurologiczny i Leczenia Udarów Mózgu.**
- Godziny odwiedzin na oddziale: **od 11⁰⁰ do 19⁰⁰.**
 - Kontakt z Pacjentem przed wejściem na Oddział możliwy w godzinach od 8⁰⁰ do 20⁰⁰.
 - Dzieci do 10 roku życia nie powinny odwiedzać Pacjentów. Dzieci w wieku od 10 do 14 lat powinny odwiedzić Pacjentów tylko w towarzystwie osoby dorosłej.
 - Wypisy Pacjentów odbywają się w godzinach 13⁰⁰ do 14⁰⁰.
 - Informacji o stanie zdrowia Pacjentów udziela ich lekarz prowadzący lub lekarz kierujący oddziałem w godzinach od 12⁰⁰ do 14⁰⁰. Lekarz dyżurny udziela wyłącznie informacji o stanie zdrowia Pacjentów przyjętych na dyżurze. Informacji o stanie zdrowia Pacjentów nie udziela się telefonicznie.

§ 114.

1. Pacjent przebywający w Szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia Szpital umożliwia Pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.
3. Szpital ponosi koszty realizacji praw Pacjenta, o których mowa w ust. 1 i 2.

§ 115.

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w znajdującym się w Szpitalu depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi Szpital.
2. Osoba wyznaczona przez Dyrektora Szpitala przyjmuje rzeczy wartościowe do depozytu oraz wydaje je z depozytu, a także prowadzi księgę depozytów składającą się z kopii kart depozytowych i ją przechowuje.
3. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu regulaminu są przedmioty wartościowe oraz dokumenty.
4. Do przedmiotów wartościowych zalicza się:
 - a) pieniądze zagraniczne i złote monety,
 - b) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),
 - c) zagraniczne papiery wartościowe,
 - d) krajowe papiery wartościowe,
 - e) pieniądze polskie,
 - f) inne przedmioty uznane za wartościowe przez Szpital.
5. Szczegółowe zasady prowadzenia depozytu: zakres spisu przedmiotów oddawanych do depozytu, sposób zabezpieczenia przedmiotów oddanych do depozytu, sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 129, poz. 1068).

Rozdział VII OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 116.

1. Pacjent jest obowiązany przestrzegać postanowień niniejszego Regulaminu.
2. Pacjent jest zobowiązany do:
 - szanowania mienia Szpitala, zachowania czystości pomieszczeń Szpitala,

- przestrzegania zasad korzystania z przekazanego mu do używania sprzętu i urządzeń,
 - przestrzegania zasad higieny osobistej,
 - kulturalnego oraz taktownego zachowania wobec innych osób oraz niezakłócania ich spokoju,
 - kulturalnego zachowania wobec personelu Szpitala i nie zakłócania jego pracy,
 - przestrzegania ciszy nocnej (**od 21⁰⁰ do 6⁰⁰**),
 - przestrzegania obowiązujących w Szpitalu zasad bezpieczeństwa.
3. Pacjenta obowiązują:
- zakaz spożywania alkoholu,
 - zakaz palenia tytoniu w budynkach Szpitala.

Rozdział VIII

OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§ 117.

1. Zgon Pacjenta i jego przyczyny stwierdza się w karcie zgonu.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielił zmarłemu Pacjentowi świadczeń lekarskich.
3. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo, kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie Sądu lub prokuratury dokonał oględzin lub przeprowadził sekcję zwłok.

§ 118.

W razie zgonu Pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił skutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, Dyrektor Szpitala niezwłocznie powiadamia najbliższą jednostkę Policji.

§ 119.

1. Pielęgniarka, pielęgniarka oddziałowa jest obowiązana niezwłocznie powiadomić lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o przypadku pogorszenia się stanu zdrowia Pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub o jego śmierci.
2. O przypadku pogorszenia się stanu zdrowia Pacjenta, powodującego zagrożenie życia, lekarz leczący lub lekarz dyżurny jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie wskazaną przez Pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
3. W przypadku śmierci Pacjenta lekarz, o którym mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
4. Kartę zgonu Pacjenta, który zmarł w trakcie leczenia w Szpitalu, wydaje się osobie uprawnionej do pochowania zwłok, a mianowicie:
 - pozostałemu małżonkowi,
 - krewnym zstępnym,
 - krewnym wstępnym,
 - krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa,
 - powinowatym w linii prostej do 1 stopnia,
 - osobie, która dobrowolnie zobowiąże się do pochowania zwłok.
 osobiście, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z osobą uprawnioną do odbioru karty zgonu.
5. Niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu lekarz leczący lub lekarz dyżurny jest zobowiązany zawiadomić o tym fakcie wskazaną przez Pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
6. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy zmarłej identyfikator.
7. Zwłoki osoby zmarłej wraz z kartą skierowania oraz identyfikatorem są przewożone do zakładu pogrzebowego zgodnie z zawartą w tym zakresie umową, o ile nie zgłosi się osoba uprawniona do pochowania zwłok, nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.
8. Do czasu przewiezienia do zakładu pogrzebowego lub wydania osobie uprawnionej zwłoki są przechowywane w specjalnie do tego celu wyznaczonym, wyodrębnionym pomieszczeniu.
9. Szpital zapewnia, poprzez zawarcie stosownej umowy, że przed wydaniem osobom uprawnionym do pochowania zwłoki osoby zmarłej w Szpitalu zostaną umyte i ubrane przez pracownika zakładu pogrzebowego. W razie wydania zwłok ze Szpitala bezpośrednio osobie uprawnionej zwłoki zostaną umyte i ubrane przez pielęgniarkę lub inną osobę do tego wyznaczoną. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pogrzebu. Za czynności te nie pobiera się opłat.
10. Zwłoki osoby zmarłej w Szpitalu mogą być poddane sekcji zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 120.

1. Lekarz kierujący oddziałem oddziału przekazuje do Sekretariatu Dyrektora Szpitala komplet dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, tj. zakończoną historię choroby wraz z kartą sekcijną.

2. W przypadku, gdy zwłoki osoby zmarłej mają być przewiezione do Zakładu Medycyny Sądowej należy przygotować:
 - a) historię choroby,
 - b) dwa egzemplarze karty sekcyjnej, do której należy dołączyć epikryzę.
3. Dokumenty określone w ust. 1 i 2 należy dostarczyć do Sekretariatu Dyrektora Szpitala w następnym dniu roboczym po dniu zgonu Pacjenta do godziny 11.00.

§ 121.

1. Pielęgniarka oddziałowa sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu Szpitala, a rzeczy do Magazynu rzeczy chorych.
2. Przedmioty pozostałe po zmarłym, z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem osobie uprawnionej do pochowania zmarłego.
3. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

§ 122.

„Rejestr zgonów” prowadzony jest przez Sekcję Rozliczeń, Statystyki i Dokumentacji.

§ 123.

1. Zwłoki niepochowane przez podmioty wymienione w § 119 ust. 4 mogą być przekazane do celów naukowych publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Decyzję w sprawie przekazania zwłok do celów naukowych wydaje, na wniosek uczelni, właściwy starosta, w trybie określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie trybu i warunków przekazywania zwłok do celów naukowych (Dz.U. Nr 129, poz. 1067). Zwłoki do celów naukowych mogą być również przekazane uczelni, o której mowa w ust. 2, na podstawie pisemnego oświadczenia osoby, która pragnie przekazać swoje zwłoki tej uczelni.
2. Zwłoki niepochowane przez podmioty wymienione w § 119 ust. 4 albo nieprzekazane publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych są chowane przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu i powinny być wydane pracownikom ośrodka pomocy społecznej miejsca zgonu.

Rozdział IX

ZAOPATRYWANIE NOWORODKÓW I DZIECI DO LAT 7 W ZNAKI TOŻSAMOŚCI

§ 124.

1. Noworodki i dzieci w wieku do lat 7 przebywające w Szpitalu, powinny być zaopatrzone w znaki tożsamości, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków (Dz.U. Nr 152, poz. 1743).
2. Znakami tożsamości są bransoletki założone i zaszyte swobodnie, ale w sposób gwarantujący utrzymanie się ich wokół nadgarstków obu rąk, wykonane z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, na których wypisane czytelnie odpowiednim tuszem nazwisko, imię i data urodzenia dziecka. Na znaku tożsamości dziecka narodzonego w Szpitalu wpisuje się ponadto płeć i godzinę urodzenia dziecka oraz imię i nazwisko matki a w przypadku dzieci narodzonych z ciąży mnogiej dodatkowo cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci.
3. Znaki tożsamości powinny być stale czytelne a w razie potrzeby zastępowane innymi.
4. W przypadku braku możliwości zaopatrzenia dziecka w znaki tożsamości sporządza się dokumentację fotograficzną, do której dołącza się dane, o których mowa w ust. 2. Dokumentacja fotograficzna składa się ze zdjęcia dziecka i zbliżenia jego twarzy, wykonanych na błonach negatywowych barwnych lub w formie zapisu cyfrowego z kompresją JPEG. Dokumentację fotograficzną dołącza się do dokumentacji medycznej dziecka.

§ 125.

1. Pracownik Szpitala odbierający poród (lekarz, położna), jest obowiązany są obowiązani natychmiast po urodzeniu się dziecka i pokazaniu go matce oraz poinformowaniu o płci zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości w obecności matki, przed przeniesieniem z go łóżka porodowego na inne miejsce. Gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.
2. Fakt zaopatrzenia dziecka narodzonego w znaki tożsamości oraz dane zawarte na znakach odnotowuje w dokumentacji medycznej matki i dokumentacji medycznej dziecka oraz potwierdza podpisem lekarz lub położna, o których mowa w ust. 1.

3. Pracownik przyjmujący noworodka na salę noworodków, obowiązany jest sprawdzić znaki tożsamości i opatrzyć zewnętrzną stronę kołderki, w którą zawinięte jest dziecko, numerem łóżka jego matki, wykonanym z metalu, sztucznego tworzywa lub płótna.

§ 126.

1. Przy przyjmowaniu dziecka do Szpitala należy:
 - a) ustalić tożsamość dziecka na odpowiednich dokumentów, a w razie ich braku - na podstawie oświadczenia otrzymanego od osób przekazujących dziecko,
 - b) sporządzić i założyć dziecku znaki tożsamości,
 - c) odnotować w dokumentacji medycznej dziecka fakt zaopatrzenia dziecka w znaki tożsamości; adnotacja powinna być opatrzona podpisem osoby, która tego dokonała,
 - d) odnotować w dokumentacji medycznej dziecka imiona, nazwiska, numery PESEL, miejsca zamieszkania i adresy rodziców lub innych osób przekazujących dziecko do Szpitala, ustalone na podstawie dowodów osobistych bądź innych dokumentów stwierdzających tożsamość.
2. Przy przyjmowaniu do Szpitala dziecka, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie Policję oraz sporządza się protokół, który pracownik Szpitala przyjmujący dziecko podpisuje i dołącza do dokumentacji medycznej dziecka, zawierający w szczególności:
 - a) okoliczności i przyczyny przyjęcia dziecka do Szpitala,
 - b) rysopis dziecka wraz z dokumentacją fotograficzną, o której mowa w § 124 ust. 4,
 - c) imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących dziecko, ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku - na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem.
3. Do chwili ustalenia tożsamości dziecka znaki tożsamości, o których mowa w § 124 ust. 2, zawierają dane umożliwiające rozpoznanie dziecka, a w szczególności płeć i przybrane imię.

§ 127.

1. Przy przyjmowaniu do Szpitala dziecka skierowanego z innego zakładu opieki zdrowotnej, które nie jest zaopatrzone w znaki tożsamości, osoba przyjmująca jest obowiązana sporządzić protokół zawierający:
 - a) dane osobowe dziecka, ustalone na podstawie pisemnego oświadczenia osoby przekazującej dziecko,
 - b) imię i nazwisko, PESEL oraz zajmowane stanowisko osoby przekazującej dziecko,
 - c) wykaz dokumentów dostarczonych Szpitalowi przy przyjmowaniu dziecka.
2. Pracownik Szpitala przyjmujący dziecko podpisuje protokół i dołącza do dokumentacji medycznej dziecka.
3. Bezzwłocznie po sporządzeniu protokołu pracownik Szpitala przyjmujący dziecko zaopatruje je w znaki tożsamości.
4. O stwierdzeniu braku znaków tożsamości przyjmowanego dziecka zawiadamia się kierownika zakładu opieki zdrowotnej, który dziecko skierował, celem potwierdzenia tożsamości dziecka. Pisemne potwierdzenie tożsamości dziecka dołącza się do jego dokumentacji medycznej.

§ 128.

1. W razie stwierdzenia braku lub zniszczenia znaków tożsamości założonych przy narodzeniu dziecka w Szpitalu lub przy przyjmowaniu do Szpitala, po ustaleniu tożsamości na podstawie dokumentacji medycznej, zakłada się nowe znaki tożsamości.
2. Przy wypisywaniu dziecka narodzonego w Szpitalu albo dziecka w wieku do 7 lat pracownik Szpitala, w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem; adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.
3. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

Rozdział X POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 129.

Zmiany regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej i mogą zostać wprowadzone wyłącznie w trybie właściwym dla wprowadzania regulaminu.

§ 130.

Regulamin wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez Radę Społeczną Szpitala.