

ZASADY INFORMOWANIA NA ODLEGŁOŚĆ O STANIE ZDROWIA PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO

Do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjent może upoważnić dowolnie wybraną osobę/osoby. Upoważnienie nie wymaga szczególnej formy, można je udzielić na piśmie bądź ustnie w placówce medycznej (fakt ten personel odnotowuje w dokumentacji medycznej).

Osoba upoważniona – do czasu odwołania upoważnienia – może zasięgnąć informacji o stanie zdrowia pacjenta w każdym czasie, także wtedy gdy pacjent trafi do szpitala nieprzytomny lub utraci przytomność w trakcie hospitalizacji. W przypadku wskazania przez pacjenta kilku osób, upoważnione do uzyskania informacji są wszystkie te osoby.

Przy przyjęciu do szpitala pacjent jest proszony o wskazanie osób (wraz z danymi umożliwiającymi kontakt np. numer telefonu, adres e-mail), które upoważnia on do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia. Następnie pacjentowi przekazuje się kod stanowiący numer Księgi Głównej. W dalszej kolejności pacjent przekazuje osobie/osobom upoważnionym powyższy kod.

W celu uzyskania informacji o pacjencie osoba upoważniona przekazuje personelowi swoje imię i nazwisko oraz numer Księgi Głównej chorego (kod dostępu). Po pozytywnej weryfikacji informacja jest udzielana bez zbędnej zwłoki.

Jeżeli Pacjent trafia do placówki nieprzytomny, bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji lekarz udziela informacji osobie bliskiej, a więc małżonkowi, krewnemu do drugiego stopnia lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej wcześniej przez pacjenta.

Jeżeli upoważnienie zostało złożone w innej placówce medycznej osoba upoważniona powinna udać się do tej placówki i uzyskać jego kopię, aby następnie przedłożyć ją w szpitalu, w którym przebywa nieprzytomny pacjent. Jest to potrzebne dla wykazania, że jest osobą upoważnioną do uzyskania informacji.