

- 6) w § 21:
- w ust. 1 w pkt 2 skreśla się lit. c),
 - w ust. 2 w pkt 2 skreśla się lit. c),
 - skreśla się ust. 4,
- 7) w § 23 skreśla się ust. 4,
- 8) § 28 otrzymuje brzmienie:
- „§ 28. W razie konieczności udziału w pracach komisji w godzinach pracy zawodowej, osobom wymienionym w § 27 w ust. 2 przysługuje zwolnienie od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.”,
- 9) w § 29:
- w ust. 1 po wyrazie „specjalistom” dodaje się wyrazy „oraz psychologom”,
 - w ust. 4 w pkt 1 po wyrazie „specjalistów” dodaje się wyrazy „oraz psychologów”,
- 10) w § 30 wyrazy „Osoby, o których mowa w § 12 i § 27 ust. 2, zamieszkałe i zatrudnione” zastępuje się wyrazami „Przewodniczący i członkowie komisji zamieszkał i zatrudnieni”.
- § 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1994 r.

Prezes Rady Ministrów: *H. Suchocka*

377

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 24 sierpnia 1993 r.

w sprawie warunków i trybu zajmowania oraz zwalniania mieszkań przez członków Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji.

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. — Prawo lokalowe (Dz. U. z 1987 r. Nr 30, poz. 165, z 1989 r. Nr 10, poz. 57, Nr 20, poz. 108, Nr 34, poz. 178 i Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 4, poz. 19, Nr 32, poz. 190 i Nr 34, poz. 198 oraz z 1991 r. Nr 115, poz. 496) zarządza się, co następuje:

§ 1. Przepisy uchwały nr 185 Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1989 r. w sprawie warunków i trybu zajmowania oraz zwalniania mieszkań przez osoby zajmujące kierownicze stanowiska oraz pełniące odpowiedzialne

funkcje państwowe (Monitor Polski Nr 44, poz. 352 i z 1991 r. Nr 8, poz. 56), stosuje się odpowiednio do członków Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, z tym że przepisy ust. 1 w § 3 stosuje się do wszystkich członków tej Rady, a przepisy ust. 1 w § 8 do jej Przewodniczącego.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *H. Suchocka*

378

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 13 sierpnia 1993 r.

w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej i sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków udostępniania tej dokumentacji w jednostkach organizacyjnych resortu obrony narodowej.

Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315 oraz art. 5 ust. 3 pkt 3 i art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. Nr 38, poz. 173 i z 1989 r. Nr 34, poz. 178) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Powołane w niniejszym rozporządzeniu bez bliższego określenia przepisy art. 10 i 18 oznaczają przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315).

§ 2. 1. Rozporządzenie dotyczy dokumentacji medycznej prowadzonej w:

- zakładach opieki zdrowotnej w resorcie obrony narodowej, do których zalicza się wojskowe szpitale kliniczne z polikliniką, szpitale wojskowe z przychodnią, bataliony medyczne — szpitale wojskowe, bataliony medyczne — specjalistyczne przychodnie lekarskie, wojskowe szpitale uzdrowiskowe oraz wojskowe specjalistyczne i inne przychodnie lekarskie, zwane dalej „wojskowymi zakładami opieki zdrowotnej”;
- pododdziałach służby zdrowia jednostek wojskowych;
- innych jednostkach organizacyjnych wojskowej służby zdrowia.

2. Określone w rozporządzeniu zadania i czynności lekarza odnoszą się również do lekarza dentystry.

§ 3. 1. Dokumentację medyczną stanowią zbiory sporządzonych i utrwalonych informacji medycznych związanych ze stanem zdrowia pacjentów oraz z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi.

2. Dokumentację medyczną tworzą:

- 1) indywidualna dokumentacja medyczna — odnosząca się do poszczególnych osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych wojskowej służby zdrowia, która składa się z dokumentacji wewnętrznej przeznaczonej dla wojskowej służby zdrowia oraz dokumentacji zewnętrznej, zawierającej osobistą dokumentację pacjentów i dokumentację przeznaczoną dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich;
- 2) zbiorcza dokumentacja medyczna — odnosząca się do ogółu osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych wojskowej służby zdrowia lub oznaczonych grup tych osób.

§ 4. 1. Dokumentacja medyczna jest prowadzona w formie znormalizowanych formularzy, druków, ksiąg, książeczek, skorowidzów, raportów, kart oraz innych zapisów, zawierających informacje określone w dalszych przepisach rozporządzenia.

2. Wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1, ustala i wprowadza do użytku Szef Służby Zdrowia Sztabu Generalnego Wojska Polskiego, z zastrzeżeniem ust. 6.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, mogą być prowadzone również według wzorów zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej w innej formie niż określona w ust. 1 jest niedozwolone, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji eksperymentalnej, prowadzonej w związku z działalnością naukowo-badawczą w wojskowych szpitalach klinicznych, za zgodą komendanta szpitala, pod warunkiem zapewnienia ochrony informacji ujętych w tej dokumentacji;
- 2) „Karty zgonu”, stosowanej na podstawie ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. z 1984 r. Nr 32, poz. 174, z 1989 r. Nr 35, poz. 192 i z 1990 r. Nr 34, poz. 198);
- 3) danych statystycznych przekazywanych organom statystyki państwowej na formularzach sprawozdawczych lub w innej formie, ustalonych w trybie ustawy z dnia 26 lutego 1982 r. o statystyce państwowej (Dz. U. z 1989 r. Nr 40, poz. 221) i zatwierdzonych do stosowania w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) przypadków, gdy stosownie do odrębnych przepisów obowiązujących w kraju lub za granicą jest nakazane prowadzenie dokumentacji medycznej w szczególnej formie.

5. Do prowadzonej dokumentacji medycznej można włączać dokumenty medyczne albo ich odpisy lub wyciągi, uzyskane od pacjentów lub z innych źródeł, albo też można dokonywać w niej wpisów informacji medycznych zawartych w tych dokumentach.

6. Wzór książeczki zdrowia określają odrębne przepisy wydane na podstawie art. 6 ust. 4 i 6 ustawy z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz. U. Nr 94, poz. 422).

7. Zbiory informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być sporządzane i utrwalane w komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji;
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem;
- 4) sporządzania zbioru informacji w zakresie nie mniejszym niż pozwala na to prowadzenie dokumentacji w formie formularzy, o których mowa w § 4 ust. 1.

§ 5. 1. Dokumentacja medyczna powinna zawierać informacje umożliwiające:

- 1) identyfikację wojskowego zakładu opieki zdrowotnej, pododdziału służby zdrowia jednostki wojskowej lub innej jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia, w której sporządzono dokumentację;
- 2) identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy;
- 3) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz (lub) osoby dokonującej wpisu w dokumentacji;
- 4) ustalenie daty dokonania wpisu w dokumentacji oraz daty lub okresu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) określenie stanu zdrowia pacjenta w chwili udzielania świadczenia zdrowotnego;
- 6) określenie zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentacja medyczna powinna być sporządzana czytelnie, w miarę możliwości pismem drukowanym; kolejnych wpisów należy dokonywać w porządku chronologicznym.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna, w dokumentacji tej dokonuje się wpisu oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających identyfikację osoby.

§ 6. 1. Indywidualną dokumentację medyczną, z wyjątkiem indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich, sporządza się bezzwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości pacjenta (albo z zastosowaniem przepisu § 5 ust. 3).

2. Wpis rozpoznania i zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych zależy od przeznaczenia dokumentacji medycznej, w której jest dokonywany.

3. Zbiorczą dokumentację medyczną, z wyjątkiem sprawozdawczej zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzi się na bieżąco.

§ 7. 1. Indywidualną dokumentację medyczną sporządza lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego, z tym że dokumentację przeznaczoną dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich może sporządzać również komendant wojskowego zakładu opieki zdrowotnej (dowódca pododdziału służby zdrowia jednostki wojskowej lub komendant innej jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia) albo osoba przez niego upoważniona, posiadająca uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone w przepisach, o których mowa w art. 10.

2. Zbiorną dokumentację medyczną sporządza komendant wojskowego zakładu opieki zdrowotnej (dowódca pododdziału służby zdrowia jednostki wojskowej lub komendant innej jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia) albo osoba przez niego upoważniona.

3. Osoba sporządzająca dokumentację medyczną potwierdza wpis dokonany w tej dokumentacji pieczęcią z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego, a także własnoręcznym podpisem.

Rozdział 2

Dokumentacja medyczna szpitali wojskowych (wojskowych szpitali klinicznych z polikliniką, szpitali wojskowych z przychodnią, batalionów medycznych — szpitali wojskowych i wojskowych szpitali uzdrowiskowych)

§ 8. Szpital wojskowy prowadzi indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną, składającą się z:

- 1) historii choroby ogólnej lub specjalistycznej, w której wpisuje się w szczególności rozpoznanie, wyniki badań podstawowych i dodatkowych, ordynacje lecznicze, zabiegi medyczne oraz inne informacje istotne dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego, a w razie zgonu pacjenta również przyczynę zgonu oraz adnotacje o ewentualnej sekcji zwłok i po-braniu narządów lub tkanek ze zwłok;
- 2) dokumentów pomocniczych sporządzonych w szpitalu wojskowym lub poza nim i włączonych do historii choroby ze względu na zawartość informacji cząstkowych, istotnych dla postępowania diagnostyczno-leczniczego, a w szczególności wyników badań, wyników konsultacji i karty gorączkowej oraz skierowania do szpitala, kart informacyjnych i odpisów historii choroby z innych zakładów opieki zdrowotnej i z poprzednich hospitalizacji w tym samym szpitalu.

§ 9. Szpital wojskowy prowadzi indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną, składającą się z:

- 1) książeczki zdrowia pacjenta, w której dokonuje się wpisu potwierdzającego pobyt w szpitalu i zawierającego informacje o stanie zdrowia i przebiegu leczenia pacjenta, istotne dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego albo karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, którą wystawia się w przypadku braku książeczki zdrowia;
- 2) dokumentów pomocniczych przeznaczonych dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich, a w szczególności opinii, zaświadczeń, skierowań i zleceń.

§ 10. 1. Szpital wojskowy prowadzi zbiorczą dokumentację medyczną składającą się z:

- 1) księgi głównej chorych, zawierającej wykaz wszystkich osób przyjętych do szpitala w kolejności przyjęć w danym roku kalendarzowym wraz z danymi identyfikacyjnymi tych osób, datą przyjęcia, rozpoznaniem przy przyjęciu i wypisie, zakresem udzielonych świadczeń zdrowotnych, a także datą wypisu, przeniesienia lub zgonu;

- 2) księgi zmarłych w szpitalu w ciągu roku kalendarzowego, zawierającej wykaz wszystkich osób zmarłych w szpitalu wraz z danymi identyfikacyjnymi tych osób, datą i przyczyną zgonu oraz informacją o wykonaniu sekcji zwłok i o dalszym postępowaniu ze zwłokami;
- 3) księgi zleceń dla pielęgniarek.

2. Szpital wojskowy powinien prowadzić — stosownie do zakresu swego działania — pomocniczą zbiorczą dokumentację medyczną, składającą się z:

- 1) skorowidza alfabetycznego do księgi głównej chorych, zawierającego alfabetyczny wykaz osób przyjętych do szpitala w danym roku kalendarzowym oraz pozycje księgi głównej chorych;
- 2) księgi operacyjnej, zawierającej ewidencję i opis wykonanych zabiegów operacyjnych;
- 3) księgi zabiegów, zawierającej ewidencję wykonanych zabiegów medycznych;
- 4) księgi laboratoryjnej, zawierającej ewidencję przeprowadzonych badań laboratoryjnych i ich wyników;
- 5) księgi badań histopatologicznych, zawierającej ewidencję przeprowadzonych badań histopatologicznych i ich wyników;
- 6) księgi przetaczania krwi, zawierającej ewidencję wykonanych zabiegów przetoczenia krwi;
- 7) księgi gabinetu przychodni — ambulatorium, prowadzonej w izbie przyjęć oraz gabinetach konsultacyjnych szpitala, w której rejestruje się wszystkie osoby nie przyjęte do szpitala lecz uzyskujące ambulatoryjną pomoc doraźną, na zasadach określonych w § 13 ust. 1.

3. Dokumentacja medyczna określona w ust. 2 pkt 2—6 zawiera ponadto wpisy kolejnej pozycji księgi w danym roku kalendarzowym, datę sporządzenia wpisu oraz danych identyfikacyjnych pacjenta, lekarza zlecającego i osób wykonujących zabieg (badanie), a także podpisy tych osób.

§ 11. Szpital wojskowy sporządza sprawozdawczą zbiorczą dokumentację medyczną składającą się z:

- 1) sprawozdawczości wewnętrznej szpitala, którą stanowią sporządzane codziennie:
 - a) raport o ruchu chorych, składany komendantowi przez lekarza dyżurnego szpitala,
 - b) księgi raportów pielęgniarskich, zawierające meldunki sporządzone przez pielęgniarki dyżurne z przeznaczeniem dla ordynatora oddziału (komendanta szpitala);
- 2) sprawozdawczości zewnętrznej szpitala, którą stanowią:
 - a) karta statystyczna chorych leczonych w szpitalu, sporządzana na bieżąco przy każdym wypisie (zgonie) pacjenta i przekazywana raz w miesiącu do wskazanego ośrodka obliczeniowego,
 - b) sprawozdanie szpitala, sporządzane raz w roku przez komendanta szpitala z przeznaczeniem dla szefa wojskowej służby zdrowia szczebla centralnego i okręgowego.

§ 12. Komendanci szpitali wojskowych określają komórki organizacyjne podległych im szpitali prowadzące poszczególne rodzaje dokumentacji medycznej, o której mowa w § 8—11.

Rozdział 3

Dokumentacja medyczna wojskowych gabinetów lekarskich (poliklinik wojskowych szpitali klinicznych, przychodni szpitali wojskowych, specjalistycznych przychodni lekarskich — batalionów medycznych, wojskowych specjalistycznych i innych przychodni lekarskich)

§ 13. 1. Wojskowy gabinet lekarski prowadzi zbiorczą dokumentację medyczną w postaci księgi gabinetu przychodni—ambulatorium, w której odnotowuje się kolejną pozycję księgi w danym roku kalendarzowym, datę zgłoszenia, dane identyfikacyjne pacjenta, rozpoznanie ustalone lub podejrzane oraz ordynacje lecznicze.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, są wpisywane do księgi gabinetu przychodni—ambulatorium w formie ustalonej przez kierownika jednostki organizacyjnej, do której należy gabinet albo przez kierownika gabinetu.

§ 14. W razie dokonywania szczegółowych wpisów w książeczce zdrowia pacjenta, wpis w księdze gabinetu przychodni—ambulatorium można ograniczyć:

- 1) rozpoznania — do numeru choroby według klasyfikacji międzynarodowej;
- 2) w przypadkach kontynuowania leczenia tej samej choroby oraz przy badaniach orzecznich i profilaktycznych — poprzez pominięcie wpisu rozpoznania.

§ 15. Wojskowy gabinet lekarski prowadzi indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną składającą się z:

- 1) książeczki zdrowia pacjenta, w której dokonuje się wpisu obejmującego w przypadku:
 - a) leczenia ambulatoryjnego lub domowego — istotne dane z wywiadu, wyniki badania podstawowego i badań dodatkowych, rozpoznanie, zabiegi medyczne, ordynacje lecznicze, adnotacje o niezdolności do służby (pracy), adnotacje o skierowaniu do gabinetu zabiegowego, pracowni diagnostycznej lub szpitala oraz inne informacje istotne dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego,
 - b) leczenia stomatologicznego — rozpoznanie, zabiegi medyczne i ordynacje lecznicze,
 - c) badań profilaktycznych — informacje określone w § 20—22;
- 2) recepty wystawiane zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami, odpowiednio na drukach ścisłego zarachowania lub powszechnego użytku;
- 3) zwolnienia lekarskie wystawiane na odpowiednich drukach ścisłego zarachowania.

§ 16. Wojskowe gabinety lekarskie prowadzą również pomocniczą indywidualną dokumentację medyczną ułatwiającą udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w postaci skierowań i zleceń oraz zawiadomień i wezwań.

§ 17. Specjalistyczne wojskowe gabinety lekarskie prowadzą również dokumentację medyczną właściwą dla danej specjalności, a w szczególności prowadzą:

- 1) gabinety stomatologiczne — kartę protetyczną, kartę ortodontyczną oraz miesięczną kartę pracy gabinetu stomatologicznego;
- 2) gabinety okulistyczne — książeczkę chorego na jaskrę;
- 3) gabinety pediatryczne — kartę zdrowia dziecka i kartę szczepień ochronnych;

- 4) gabinety dermatologiczne (skórno-weneryczne) — kartę chorego na rzeżączkę i kartę chorego na kiłę;
- 5) gabinety ginekologiczne — kartę przebiegu ciąży.

Rozdział 4

Dokumentacja medyczna pododdziałów służby zdrowia jednostek wojskowych (gabinetów lekarskich w jednostkach wojskowych)

§ 18. Gabinety lekarskie w jednostkach wojskowych prowadzą dokumentację medyczną określoną w § 13—17, a ponadto profilaktyczną dokumentację medyczną oraz inną dokumentację medyczną wymienioną w niniejszym rozdziale.

§ 19. Profilaktyczną dokumentację medyczną, o której mowa w § 18, tworzą:

- 1) dokumentacja badań profilaktycznych żołnierzy zawodowych;
- 2) dokumentacja badań i przeglądów profilaktycznych żołnierzy niezawodowych;
- 3) dokumentacja badań i przeglądów profilaktycznych pracowników wojska.

§ 20. Dokumentację badań profilaktycznych żołnierzy zawodowych stanowią:

- 1) wyniki badań profilaktycznych wpisywane do:
 - a) karty zdrowia żołnierza zawodowego prowadzonej i przechowywanej przez lekarza jednostki wojskowej,
 - b) książeczki zdrowia żołnierza zawodowego,
 - c) karty statystycznej badań okresowych kadry;
- 2) wyniki badań przeprowadzanych w przypadku szczególnych zagrożeń zdrowia, wpisywane do:
 - a) karty kontrolnej intensywnego nadzoru profilaktycznego, zakładanej osobom wymagającym dyspanseuryzacji ze względu na zmiany w stanie zdrowia,
 - b) karty kontrolnej żołnierza zawodowego pełniącego służbę szczególnie uciążliwą lub w warunkach szkodliwych dla zdrowia,
 - c) książeczki zdrowia żołnierza zawodowego pełniącego służbę w zasięgu mikrofal.

§ 21. Dokumentację badań i przeglądów profilaktycznych żołnierzy niezawodowych stanowią:

- 1) wyniki badań i przeglądów profilaktycznych wpisane do księgi okresowych badań i przeglądów lekarskich;
- 2) wyniki badań i przeglądów profilaktycznych wpisane do książeczki zdrowia żołnierza;
- 3) dokumentacja wymieniona w § 20 pkt 2, prowadzona w przypadku szczególnych zagrożeń zdrowia żołnierza niezawodowego.

§ 22. Dokumentację badań i przeglądów profilaktycznych pracowników wojska stanowią:

- 1) wyniki badań i przeglądów profilaktycznych wpisane do książeczki zdrowia pracownika wojska;
- 2) dokumentacja wymieniona w § 20 pkt 2, prowadzona w przypadku szczególnych zagrożeń zdrowia pracownika wojska.

§ 23. Gabinety lekarskie w jednostkach wojskowych prowadzą ponadto:

- 1) książkę chorych pododdziału, zawierającą ewidencję żołnierzy zgłaszających się do lekarza oraz rozpoznania, ordynacje lecznicze i adnotacje o ulgach w pełnieniu służby, spowodowanych stanem zdrowia;
- 2) książkę izby chorych, zawierającą ewidencję żołnierzy umieszczonych w izbie chorych oraz informacje o ich stanie zdrowia i przebiegu leczenia.

Rozdział 5

Dokumentacja medyczna innych jednostek organizacyjnych wojskowej służby zdrowia

§ 24. 1. Wojskowe gabinety zabiegowe poza szpitalami wojskowymi prowadzą zbiorczą dokumentację medyczną przewidzianą w § 10 ust. 2 pkt 3 dla gabinetów zabiegowych szpitali wojskowych.

2. Wojskowe pracownie diagnostyczne poza szpitalami wojskowymi prowadzą zbiorczą dokumentację medyczną przewidzianą w § 10 ust. 2 pkt 4 dla pracowni diagnostycznych szpitali wojskowych.

§ 25. Wojskowe stacje i punkty krwiodawstwa prowadzą dokumentację medyczną z wykorzystaniem:

- 1) formularzy, o których mowa w § 4 ust. 2, stosowanych do prowadzenia ewidencji badań lekarskich krwiodawców (Księga gabinetu przychodni-ambulatorium) oraz do kontroli przetaczania krwi (Księga przetaczania krwi);
- 2) formularzy, o których mowa w § 4 ust. 3, stosowanych do oznakowania, ewidencjonowania oraz kontroli dystrybucji krwi i preparatów krwiopochodnych;
- 3) indywidualnej dokumentacji medycznej krwiodawców zalecanej przez Instytut Hematologii.

§ 26. Placówki Wojskowej Inspekcji Sanitarnej i inspektorzy sanitarni w jednostkach wojskowych, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii oraz fachowy personel wojskowej służby zdrowia wykonujący czynności przeciwepidemiczne prowadzą dokumentację medyczną z wykorzystaniem formularzy, o których mowa w § 4 ust. 2, stosowanych w pracowniach diagnostycznych szpitali wojskowych.

§ 27. Wojskowe komisje lekarskie przy orzekaniu o stanie zdrowia wykorzystują indywidualną dokumentację medyczną żołnierza, a w szczególności jego książeczki zdrowia, karty zdrowia i karty kontrolne intensywnego nadzoru profilaktycznego, jak również charakterystyki stanowisk służby.

§ 28. 1. Wojskowe pracownie psychologiczne prowadzą ewidencję osób zgłaszających się do badań w księdze gabinetu przychodni—ambulatorium oraz w skorowidzu alfabetycznym, prowadzonych w sposób określony odpowiednio w § 13 ust. 1 i § 10 ust. 2.

2. Do prowadzenia badań psychotechnicznych wojskowe pracownie psychologiczne wykorzystują testy i arkusze ujęte w katalogu, o którym mowa w § 4 ust. 2.

3. Przepis ust. 2 nie dotyczy prac naukowo-badawczych prowadzonych przez wojskowe pracownie psychologiczne.

§ 29. 1. Jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia, o których mowa w § 24—26 i § 28, prowadzą również indywidualną dokumentację medyczną w postaci

zapisu wyników przeprowadzonych badań albo książeczki zdrowia pacjenta, w której wpisuje się te wyniki.

2. Wojskowe komisje lekarskie prowadzą indywidualną dokumentację medyczną w szczególności w postaci orzeczeń wydawanych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 6

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 30. 1. Indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną i zbiorczą dokumentację medyczną przechowuje oraz zabezpiecza przed zniszczeniem, utratą lub ujawnieniem jednostka organizacyjna wojskowej służby zdrowia, do której dokumentacja należy.

2. Osobistą dokumentację medyczną przechowuje i zabezpiecza osoba, do której należy ta dokumentacja, z tym że osobista dokumentacja medyczna należąca do żołnierza niezawodowego może być przechowywana i zabezpieczana przez służbę zdrowia jednostki wojskowej, w której żołnierz pełni czynną służbę wojskową.

3. Zakłady opieki zdrowotnej, organy i osoby, którym przekazano indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną dla nich przeznaczoną lub sprawozdawczą zbiorczą dokumentację medyczną albo wyciągi lub odpisy z tych dokumentacji lub z indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej, przechowują i zabezpieczają otrzymane dokumenty medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 31. 1. Zakończoną dokumentację medyczną, o której mowa w § 30 ust. 1, przechowuje się na zasadach określonych w przepisach o archiwizacji dokumentów, z zastrzeżeniem § 32, w sposób umożliwiający jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

2. Zakończoną dokumentację medyczną traktuje się jako dokument zawierający wiadomości stanowiące tajemnicę służbową.

§ 32. 1. Okres przechowywania dokumentacji medycznej wynosi dla:

- 1) historii choroby dotyczącej:
 - a) urazów wojennych — 50 lat,
 - b) wypadków, urazów i zatruc — 30 lat,
 - c) osób zmarłych — 20 lat,
 - d) kalectw lub trwałych uszczerbków zdrowia powstałych wskutek uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zatrucia — 20 lat,
 - e) pozostałych przypadków — 10 lat;
- 2) księgi głównej chorych:
 - a) w szpitalach — 50 lat,
 - b) w szpitalach uzdrowiskowych — 20 lat;
- 3) orzeczeń wojskowych komisji lekarskich — 30 lat;
- 4) ksiąg ewidencyjnych gabinetów lekarskich, laboratoriów i pracowni diagnostycznych — 10 lat;
- 5) skorowidza alfabetycznego, w zależności jakiego dokumentu dotyczy — zgodnie z pkt 2—4;
- 6) zdjęć rentgenowskich i innych materiałów przechowywanych poza dokumentacją medyczną włączoną do historii choroby — 5 lat

— licząc od końca roku kalendarzowego poprzedzającego ten okres.

2. Dla celów naukowo-badawczych dokumentacja medyczna może być przechowywana przez okresy dłuższe niż określone w ust. 1. Decyzję w tej sprawie podejmuje komendant (dowódca) jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia.

3. Po upływie okresów, o których mowa w § 31 ust. 1 oraz w ust. 1 i 2, archiwalna dokumentacja medyczna podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczy, chyba że przepisy o archiwalizacji dokumentów stanowią inaczej.

§ 33. Rozformowana jednostka organizacyjna wojskowej służby zdrowia przekazuje dokumentację medyczną jednostce przejmującej jej zadania lub archiwum wojskowemu wskazanemu przez organ, który dokonał rozformowania.

Rozdział 7

Udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 34. 1. Indywidualna dokumentacja medyczna wewnętrzna i zbiorcza dokumentacja medyczna należy do jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia prowadzącej te dokumentacje.

2. Indywidualna dokumentacja medyczna zewnętrzna przeznaczona dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich, sprawozdawcza zbiorcza dokumentacja medyczna, a także wyciągi i odpisy z indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej, przekazane właściwym zakładom (organom, osobom) należą do podmiotów, które je otrzymały.

§ 35. 1. Osobistą dokumentację medyczną pacjentów wydaje się osobom, których dotyczy, ich przedstawicielom ustawowym lub opiekunom faktycznym.

2. Osobista dokumentacja medyczna pacjentów należy do osób, których dotyczy. Dokumentacja ta powinna być udostępniana lekarzowi prowadzącemu, orzekającemu lub konsultującemu oraz uprawnionym organom i osobom trzecim.

§ 36. 1. W przypadkach określonych w art. 18 ust. 3 pkt 1 indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną i zbiorczą dokumentację medyczną udostępnia się do wglądu na miejscu w jednostce organizacyjnej wojskowej służby zdrowia prowadzącej tę dokumentację, za pośrednictwem i w obecności lekarza prowadzącego.

2. Lekarz prowadzący jest obowiązany wyjaśnić w sposób przystępny i zrozumiały treść zapisów zawartych w dokumentacji medycznej.

3. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny albo osoba upoważniona przez pacjenta może odpłatnie otrzymać, na swój wniosek, wyciągi i odpisy z bieżącej i archiwalnej indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

§ 37. 1. Udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej w przypadkach określonych w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 następuje na podstawie decyzji komendanta (dowódcy)

jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia prowadzącej tę dokumentację.

2. Jeżeli dokumentacja medyczna jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej udostępnieniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę, decyzję o udostępnieniu tej dokumentacji innemu zakładowi opieki zdrowotnej lub lekarzowi może podjąć ordynator, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny.

3. W przypadkach określonych w ust. 1, udostępnienie oryginalnej dokumentacji medycznej oraz wyciągów i odpisów z tej dokumentacji następuje nieodpłatnie, w trybie określonym w przepisach o ochronie tajemnicy służbowej.

4. W przypadkach określonych w ust. 1, w razie udostępniania dokumentacji medycznej zawierającej rozpoznanie lub zakres udzielonych świadczeń zdrowotnych sprawdza się, czy dany organ (osoba) posiada uprawnienia do udostępnienia jej tej dokumentacji, zgodnie z art. 18 ust. 3 pkt 2—6 lub ust. 4.

5. Udostępnienie na zewnątrz oryginalnej dokumentacji medycznej może nastąpić tylko na takie żądanie uprawnionego zakładu opieki zdrowotnej (organu, osoby), z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. W razie wydawania oryginałów dokumentacji, pozostawia się ich pełny odpis, chyba że zwłoka w ich wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

6. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, udostępnianie dokumentacji medycznej może odbywać się za pośrednictwem:

- 1) upoważnionego pracownika jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia prowadzącej tę dokumentację;
- 2) poczty wojskowej lub innej poczty;
- 3) technicznych środków łączności, jeżeli dokumentacja w trakcie transmisji jest zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

§ 38. 1. W przypadkach, o których mowa w § 34 ust. 2, w dokumentacji medycznej prowadzonej przez jednostkę organizacyjną wojskowej służby zdrowia pozostawia się odpisy przekazanych dokumentów medycznych albo dokonuje się zapisu o ich sporządzeniu i przekazaniu.

2. W przypadkach, o których mowa w § 36 ust. 1 i 3 oraz § 37 ust. 3, w dokumentacji medycznej prowadzonej przez jednostkę organizacyjną wojskowej służby zdrowia dokonuje się wpisu odpowiednio o jej udostępnieniu albo o wydaniu z niej wyciągu lub odpisu.

Rozdział 8

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 39. Rozporządzenie nie narusza przepisów o statystyce i sprawozdawczości państwowej i wojskowej, archiwach państwowych i wojskowych oraz normalizacji druków i formularzy.

§ 40. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Obrony Narodowej: w z. *B. Komorowski*