

rowego w terminach określonych w umowie o świadczenie usług przesyłowych.

2. Koszty zakupu gazomierza i jego zainstalowania, w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ponosi odbiorca.

3. W razie nieuzasadnionej odmowy odbiorcy dotyczącej zainstalowania gazomierza i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 2, przedsiębiorstwo gazownicze może wstrzymać dostawę paliwa gazowego lub rozwiązać umowę sprzedaży paliw gazowych.

§ 29. 1. Po zakończeniu dostarczania paliw gazowych, a także w razie wymiany układu pomiarowego w trakcie dostaw paliw gazowych, przedsiębiorstwo gazownicze jest zobowiązane wydać odbiorcy dokument zawierający dane identyfikujące układ pomiarowy i stany wskazań liczydeł w chwili zakończenia dostarczania paliw gazowych lub demontażu.

2. Odbiorca może uczestniczyć przy odczycie wskazań urządzenia pomiarowego przed jego demontażem.

§ 30. 1. Na żądanie odbiorcy zaliczanego do I grupy przyłączeniowej przedsiębiorstwo gazownicze jest zobowiązane dokonać sprawdzenia prawidłowości działania gazomierza nie później niż w ciągu 30 dni od dnia zgłoszenia żądania.

2. Odbiorca ma prawo żądać laboratoryjnego sprawdzenia prawidłowości działania gazomierza. Badanie laboratoryjne przeprowadza się w ciągu 30 dni od dnia poinformowania odbiorcy o wyniku sprawdzenia, o którym mowa w ust. 1.

3. Odbiorca pokrywa koszty sprawdzenia prawidłowości działania gazomierza oraz badania laboratoryjnego tylko w przypadku, gdy w wyniku badania labo-

ratoryjnego nie stwierdzono nieprawidłowości w działaniu gazomierza.

4. W każdym przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu gazomierza przedsiębiorstwo gazownicze zobowiązane jest dokonać korekty uprzednio wystawionych faktur, na zasadach i w terminach określonych w taryfach.

§ 31. W stosunku do odbiorców zaliczanych do II grupy przyłączeniowej szczegółowe wymagania i obowiązki stron dotyczące układu pomiarowego określa umowa sprzedaży paliw gazowych lub umowa o świadczenie usługi przesyłowej.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 32. Warunki przyłączenia wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność przez okres w nich oznaczony w zakresie, w jakim nie są sprzeczne z przepisami niniejszego rozporządzenia.

§ 33. Traci moc rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 14 lipca 1998 r. w sprawie szczegółowych warunków przyłączenia podmiotów do sieci gazowych, pokrywania kosztów przyłączenia, obrotu paliwami gazowymi, świadczenia usług przesyłowych, ruchu sieciowego i eksploatacji sieci gazowych oraz standardów jakościowych obsługi odbiorców (Dz. U. Nr 93, poz. 588).

§ 34. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Gospodarki: w z. *B. Błaszczyk*

878

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 17 sierpnia 2000 r.

w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania przez zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra 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, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136 i Nr 43, poz. 489) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa rodzaje dokumentacji medycznej oraz sposób jej prowadzenia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej,

dla których Minister Obrony Narodowej jest organem tworzącym, zwanych dalej „jednostkami organizacyjnymi wojskowej służby zdrowia”.

2. Określone w rozporządzeniu zadania i czynności lekarza, w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, odnoszą się również do lekarza stomatologa.

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

2. Dokumentację medyczną stanowią:

- 1) indywidualna dokumentacja medyczna — odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych jednostek organizacyjnych wojskowej służby zdrowia, w której skład wchodzi dokumentacja wewnętrzna i zewnętrzna,
- 2) zbiorcza dokumentacja medyczna — odnosząca się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń jednostek organizacyjnych wojskowej służby zdrowia.

§ 3. 1. Dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci formularzy, druków, ksiąg, książeczek, skorowidzów, raportów, kart oraz innych dokumentów, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji prowadzonej w związku z eksperymentalną działalnością naukowo-badawczą w wojskowych szpitalach klinicznych, za zgodą komendanta szpitala, pod warunkiem zapewnienia ochrony informacji ujętych w tej dokumentacji,
- 2) przypadków, gdy stosownie do odrębnych przepisów dokumentację medyczną prowadzi się w szczególnej formie.

2. 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.

3. Zbiory informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być sporządzane i utrwalane na 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 pozwalającym na prowadzenie dokumentacji w postaci formularzy, o których mowa w ust. 1.

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

- 1) identyfikację jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia, w której sporządzono dokumentację,
- 2) identyfikację pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, poprzez wskazanie nazwiska i imienia tej osoby, jej daty urodzenia, oznaczenia płci, adresu, numeru PESEL (w przypadku noworodka — PESEL matki) oraz numeru karty ubezpieczenia (w przypadku noworodka — numeru karty ubezpieczenia matki) lub informacji o źródle finansowania świadczeń zdrowotnych,
- 3) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub osoby dokonującej wpisu w dokumentacji, poprzez wskazanie nazwiska i imienia tej

osoby, numeru prawa wykonywania zawodu oraz jej podpis,

- 4) ustalenie daty dokonania wpisu w dokumentacji oraz daty lub czasu trwania świadczenia zdrowotnego,
- 5) określenie stanu zdrowia pacjenta w chwili udzielania świadczenia zdrowotnego,
- 6) określenie zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych.

2. Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, umożliwia identyfikację pacjenta, którego dotyczy, i zawiera co najmniej jego imię i nazwisko oraz datę urodzenia.

3. Dokumentację medyczną sporządza się czytelnie, w miarę możliwości pismem drukowanym; kolejnych wpisów dokonuje się w porządku chronologicznym.

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

§ 5. 1. Indywidualną dokumentację medyczną, z wyjątkiem indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów, sporządza się niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości pacjenta albo zgodnie z przepisem § 4 ust. 4.

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, o której mowa w § 9, prowadzi się na bieżąco.

§ 6. 1. Indywidualną dokumentację medyczną sporządza lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego, z tym że dokumentację przeznaczoną dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób może sporządzić również komendant jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia albo osoba przez niego upoważniona.

2. Zbiorczą dokumentację medyczną sporządza komendant, o którym mowa w ust. 1, albo osoba przez niego upoważniona.

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

§ 7. Szpital wojskowy — samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zwany dalej „szpitalem wojskowym”, prowadzi indywidualną dokumentację medyczną:

1) wewnętrzną, składającą się z:

- a) 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 pobraniu narządów lub tkanek ze zwłok,
- b) dokumentów pomocniczych sporządzonych w szpitalu 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, kart informacyjnych i odpisów historii choroby z innych zakładów opieki zdrowotnej i z poprzednich hospitalizacji w tym samym szpitalu,

2) zewnętrzną, którą stanowią:

- a) książeczka zdrowia żołnierza zawodowego i niezawodowego, w której dokonuje się wpisu potwierdzającego pobyt w szpitalu i zawierającego informacje o stanie zdrowia, przebiegu leczenia pacjenta, istotne dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego,
- b) karta informacyjna leczenia szpitalnego, którą wystawia się w przypadku braku książeczki zdrowia, a także dla osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego,
- c) dokumenty pomocnicze przeznaczone dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób, a w szczególności opinie, zaświadczenia, skierowania i zlecenia.

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

- 1) księgi głównej chorych, zawierającej wykaz wszystkich pacjentów przyjętych do tego 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 do innego szpitala lub zgonu,
- 2) księgi zmarłych w tym szpitalu w ciągu roku kalendarzowego, zawierającej wykaz pacjentów zmarłych 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 prowadzi, stosownie do zakresu swego działania, pomocniczą zbiorczą dokumentację medyczną, składającą się:

- 1) ze skorowidza alfabetycznego do księgi głównej chorych, zawierającego alfabetyczny wykaz pacjentów przyjętych do tego szpitala w danym roku kalendarzowym oraz pozycje księgi głównej chorych,

- 2) z księgi operacyjnej, zawierającej ewidencję i opis wykonanych zabiegów operacyjnych,
- 3) z księgi zabiegów, zawierającej ewidencję wykonanych zabiegów medycznych,
- 4) z księgi laboratoryjnej, zawierającej ewidencję przeprowadzonych badań laboratoryjnych i ich wyników,
- 5) z księgi badań histopatologicznych, zawierającej ewidencję przeprowadzonych badań histopatologicznych i ich wyniki,
- 6) z księgi przetaczania krwi, zawierającej ewidencję wykonanych zabiegów przetoczenia krwi,
- 7) z księgi gabinetu przychodni, prowadzonej w izbie przyjęć oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala na zasadach określonych w § 10, w której rejestruje się wszystkich pacjentów nie przyjętych do szpitala, lecz uzyskujących ambulatoryjną pomoc doraźną.

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

§ 9. Szpital wojskowy sporządza sprawozdawczą zbiorczą dokumentację medyczną składającą się ze sprawozdawczości:

- 1) wewnętrznej szpitala, którą stanowią sporządzane codziennie:
 - a) raport o ruchu chorych, składany komendantowi szpitala przez lekarza dyżurnego szpitala,
 - b) księgi raportów pielęgniarских, zawierające meldunki sporządzane przez pielęgniarki dyżurne z przeznaczeniem dla ordynatora oddziału,
- 2) 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 z udzielonych świadczeń zdrowotnych, sporządzane raz w roku przez komendanta szpitala.

§ 10. W gabinecie lekarskim prowadzi się księgę gabinetu przychodni, w której odnotowuje się:

- 1) kolejną pozycję księgi w danym roku kalendarzowym,
- 2) datę zgłoszenia,
- 3) dane identyfikacyjne pacjenta,
- 4) rozpoznanie ustalone lub diagnozę wstępną,
- 5) ordynacje lecznicze.

§ 11. W gabinecie lekarskim prowadzi się indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną, którą stanowią:

- 1) książeczka zdrowia żołnierza zawodowego i niezawodowego, 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, 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 zawarte w dokumentach wymienionych w § 16 i 17,
- 2) zwolnienie lekarskie wystawiane zgodnie z odrębnymi przepisami.

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

§ 13. Specjalistyczne gabinety lekarskie prowadzą również dokumentację medyczną właściwą dla danej specjalności:

- 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.

§ 14. Gabinety lekarskie mogą prowadzić ponadto dokumentację medyczną związaną z profilaktyką oraz inną dokumentację medyczną wymienioną w rozporządzeniu.

§ 15. Dokumentację medyczną, o której mowa w § 14, stanowią:

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

§ 16. 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 przeprowadzonych w przypadku szczególnych zagrożeń zdrowia, wpisane do:

- a) karty kontrolnej intensywnego nadzoru profilaktycznego, zakładanej osobom wymagającym dyspanseryzacji ze względu na zmiany w stanie zdrowia,
- b) karty kontrolnej żołnierza zawodowego pełniącego służbę wojskową szczególnie uciążliwą lub w warunkach szkodliwych dla zdrowia,
- c) książeczki zdrowia żołnierza zawodowego pełniącego służbę w zasięgu mikrofal.

§ 17. Dokumentację badań i przeglądów profilaktycznych żołnierzy niezawodowych oraz pracowników wojska stanowią:

- 1) wyniki badań i przeglądów profilaktycznych wpisywane do księgi okresowych badań i przeglądów lekarskich oraz do książeczki zdrowia żołnierza niezawodowego,
- 2) wyniki badań i przeglądów profilaktycznych wpisywane do książeczki zdrowia pracownika wojska,
- 3) dokumentacja wymieniona w § 15 pkt 2, prowadzona w przypadku szczególnych zagrożeń zdrowia żołnierza niezawodowego.

§ 18. Gabinety lekarskie prowadzą ponadto:

- 1) książkę chorych pododdziału, zawierającą ewidencję żołnierzy niezawodowych 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 niezawodowych leczonych w izbie chorych oraz informacje o ich stanie zdrowia i przebiegu leczenia.

§ 19. 1. Gabinety zabiegowe poza szpitalami wojskowymi prowadzą pomocniczą zbiorczą dokumentację medyczną przewidzianą w § 8 ust. 2 pkt 3.

2. Wojskowe pracownie diagnostyczne poza szpitalami wojskowymi prowadzą pomocniczą zbiorczą dokumentację medyczną przewidzianą w § 8 ust. 2 pkt 4.

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

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

§ 21. 1. Wojskowe pracownie psychologiczne prowadzą ewidencję osób zgłaszających się na badania w skorowidzu alfabetycznym oraz w księdze gabinetu przychodni, prowadzonych w sposób określony odpowiednio w § 8 ust. 2 pkt 1 i w § 10.

2. Do prowadzenia badań psychotechnicznych wojskowe pracownice psychologiczne wykorzystują formularze, o których mowa w § 3 ust. 1.

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

§ 22. Jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia, o których mowa w § 19—21, prowadzą również indywidualną dokumentację medyczną w postaci zapisu wyników przeprowadzonych badań albo książeczki zdrowia pacjenta, w której wpisują te wyniki.

§ 23. 1. Indywidualna dokumentacja medyczna wewnętrzna i zbiorcza 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, sprawozdawcza zbiorcza dokumentacja medyczna, a także wyciągi i odpisy z indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej, przekazane właściwym zakładom opieki zdrowotnej, uprawnionym organom lub osobom — należą do tych podmiotów, które je otrzymały.

§ 24. 1. Indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną udostępnia się w jednostce organizacyjnej wojskowej służby zdrowia prowadzącej tę dokumentację, za pokwitowaniem, osobie wskazanej w art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej — do wglądu lub w celu wykonania kopii.

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

§ 25. 1. Udostępnianie indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej lub zbiorczej, do wglądu lub w celu wykonania kopii, w przypadkach określonych w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, następuje na podstawie decyzji komendanta (kierownika) 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, w razie udostępnienia dokumentacji medycznej zawierającej rozpoznanie lub zakres udzielonych świadczeń zdrowotnych, sprawdza się, czy dany organ lub osoba posiada uprawnienia do udostępniania jej tej dokumentacji.

4. Udostępnianie na zewnątrz dokumentacji medycznej, przeznaczonej dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób, może nastąpić tylko za pokwitowaniem jej otrzymania. W razie wydawania oryginałów dokumentacji, pozostawia się ich kopie, chyba że zwłoka w ich wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 i 2, udostępnianie dokumentacji medycznej może odbywać się poprzez:

- 1) upoważnionego pracownika organu wnioskującego o udostępnienie tej dokumentacji,
- 2) pocztę,
- 3) techniczne środki łączności, jeśli dokumentacja w trakcie transmisji jest zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

6. W decyzji, o której mowa w ust. 1, komendant (kierownik) jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia ustala czas i miejsce oraz wybiera sposób udostępnienia dokumentacji medycznej.

§ 26. 1. W przypadkach, o których mowa w § 23 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 § 24 ust. 1, w dokumentacji medycznej prowadzonej przez jednostkę organizacyjną wojskowej służby zdrowia dokonuje się wpisu o jej udostępnieniu.

§ 27. Indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną i zbiorczą dokumentację medyczną przechowuje jednostka organizacyjna wojskowej służby zdrowia, do której ta dokumentacja należy.

§ 28. Zakończoną dokumentację medyczną, o której mowa w § 27, przechowuje się na zasadach określonych w przepisach o zasobie archiwalnym i archiwach, z zastrzeżeniem § 29, w sposób umożliwiający jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

§ 29. 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) ksiąg ewidencyjnych gabinetów lekarskich, laboratoriów i pracowni diagnostycznych — 10 lat,
- 4) skorowidza alfabetycznego, w zależności od tego, jakiego dokumentu dotyczy — zgodnie z pkt 2 i 3,
- 5) 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 (kierownik) jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz w § 28, archiwalna dokumentacja medyczna podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczy, chyba że przepisy o zasobie archiwalnym i archiwach stanowią inaczej.

§ 30. Rozformowana jednostka organizacyjna wojskowej służby zdrowia przekazuje dokumentację medyczną jednostce przejmującej jej zadania albo archiwum wojskowemu wskazanemu przez Ministra Obrony Narodowej.

§ 31. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Obrony Narodowej: *B. Komorowski*

879

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI

z dnia 8 sierpnia 2000 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zwalczania organizmów szkodliwych.

Na podstawie art. 6 i art. 13 ustawy z dnia 12 lipca 1995 r. o ochronie roślin uprawnych (Dz. U. z 1999 r. Nr 66, poz. 751 i Nr 101, poz. 1178) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 6 lutego 1996 r. w sprawie

zwalczania organizmów szkodliwych (Dz. U. Nr 15, poz. 81 i z 2000 r. Nr 16, poz. 211) wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 2 do rozporządzenia w pkt 1 lit. g) otrzymuje brzmienie:

1) Rośliny, produkty roślinne, przedmioty

Pochodzenie

„g) Produkty roślinne stanowiące odpady w rozumieniu odrębnych przepisów, z wyjątkiem przeznaczonych do wykorzystania w celach przemysłowych jako surowce wtórne

Wszystkie kraje”;

2) w załączniku nr 4 do rozporządzenia:

a) w dziale I Rośliny:

— w ust. 1 w pkt 1.1 w kolumnie „Roślina, produkt roślinny, przedmiot” po wyrazie „Rośliny” dodaje się wyrazy „z korzeniami”,

— w ust. 2 w pkt 2.3 – 2 w kolumnie „Wymagania specjalne” wyraz „i” zastępuje się wyrazem „lub”,

— w ust. 2 pkt 2.3 – 3 otrzymuje brzmienie:

Roślina, produkt roślinny, przedmiot	Pochodzenie	Wymagania specjalne
„2.3 – 3	z krajów, w których występuje <i>Helicoverpa armigera</i> lub <i>Helicoverpa zea</i>	DD — Rośliny pochodzą z uprawy, na której nie stwierdzono, podczas ostatnich trzech miesięcy przed wysyłką, występowania <i>Helicoverpa armigera</i> lub <i>Helicoverpa zea</i> ”

— w ust. 5 w pkt 5.1 w kolumnie „Wymagania specjalne” wyraz „lub” zastępuje się wyrazem „i”,

— w ust. 5 pkt 5.2 otrzymuje brzmienie:

Roślina, produkt roślinny, przedmiot	Pochodzenie	Wymagania specjalne
„5.2. <i>Beta vulgaris</i>	ze wszystkich krajów	DD — Materiał pochodzi z uprawy, na której <i>beet necrotic yellow vein furovirus</i> nie występuje”