Serwis online: dokmed24.pl

NR 10 (144)
Październik 2026
ISSN 2451-0661

DOKUMENTACJA MEDYCZNA W PRAKTYCE

plus ALERT E-ZDROWIE

ORGANIZACJA | ZABEZPIECZANIE | ODPOWIEDZIALNOŚĆ PO ZMIANIE PRZEPISÓW



Zdjęcie na okładce: Adobe Stock

Temat numeru

Dokumentacja pod lupą audytu. Gdzie placówki popełniają najwięcej błędów

Czytaj temat numeru>>

W numerze również:

Kalendarium zmian prawnych, w tym drugi etap wdrażania elektronicznej karty DiLO

Elektroniczna karta pacjenta zmieni dostęp do najważniejszych danych medycznych

Orzeczenia medycyny pracy przechodzą do systemu, ale każdy wpis nadal ma znaczenie



Angelika Zdankiewicz-Staniszkis
REDAKTOR PROWADZĄCA

Dzień dobry,

zdarza się, że do niektórych zmian podchodzimy z ostrożnością, choć później okazuje się, że przyniosły nam więcej możliwości, niż się spodziewaliśmy. Z taką myślą oddajemy pierwszy numer „Dokumentacji Medycznej w Praktyce" w nowej formule. Papierowe wydanie zastępujemy e-czasopismem, które możesz mieć zawsze pod ręką – otworzyć na komputerze, tablecie lub telefonie, wrócić do potrzebnego materiału i łatwo odnaleźć go w swoim archiwum.

Zmienia się nie tylko forma, lecz także układ i sposób tworzenia kolejnych wydań. Każdy numer będzie miał od teraz własny temat przewodni, czyli obszerne opracowanie eksperckie poświęcone jednemu ważnemu obszarowi dokumentacji medycznej. Chcemy nie tylko informować o obowiązkach, ale przede wszystkim wyjaśniać, jak stosować przepisy w codziennej pracy i gdzie pojawiają się największe rodzaje ryzyka.

Tematem tego wydania jest audyt dokumentacji medycznej. Pokazujemy, w których obszarach placówki najczęściej popełniają błędy oraz jak ocenić jakość wpisów, zgód pacjenta, uzupełnień i zasad udostępniania dokumentacji. To materiał, który może posłużyć zarówno do uporządkowania procedur, jak i przygotowania zespołu do kontroli.

W każdym numerze znajdziesz również kalendarium zmian prawnych, omówienia nowych obowiązków oraz praktyczne opracowania formularzy i dokumentów wykorzystywanych w placówkach. Będziemy reagować na bieżąco na zmiany, które mają znaczenie dla prowadzenia, zabezpieczania i udostępniania dokumentacji medycznej.

Bardzo polecam zachowywać kolejne wydania. Z czasem ułożą się w praktyczną bibliotekę wiedzy – taką, do której można wrócić nie tylko po to, aby sprawdzić, co właśnie się zmieniło, lecz także wtedy, gdy trzeba rozwiązać konkretny problem, przygotować procedurę albo zweryfikować sposób prowadzenia dokumentacji.

Życzę inspirującej i praktycznej lektury

PS Jeśli masz problem prawny lub organizacyjny dotyczący elektronicznej dokumentacji medycznej, wyślij pytanie na adres e-mail: **dokmed24@wip.pl**. Każdemu Czytelnikowi bezpłatnie w ramach prenumeraty przekażemy gotowe rozwiązanie.
Zapraszamy też na bezpłatne webinaria dla prenumeratorów w 2026 roku – aktualne kalendarium znajdziesz na stronie dokmed24.pl, zakładka Kalendarium webinariów.

Spis treści

KALENDARIUM ZMIAN PRAWNYCH

2 Kolejne harmonogramy przyjęć obowiązkowo w AP-KOLCE

2 Drugi etap wdrażania elektronicznej karty DiLO

3 Upływa termin samorejestracji w Wykazie KSC

4 Elektroniczne orzeczenia medycyny pracy stają się zasadą

TEMAT NUMERU

5 Dokumentacja pod lupą audytu. Gdzie placówki popełniają najwięcej błędów

10 Kolejna wizyta, ten sam opis. Co naprawdę widzi audytor

E-ZDROWIE

11 Elektroniczna karta pacjenta zmieni dostęp do najważniejszych danych medycznych

FORMULARZE

13 Orzeczenia medycyny pracy przechodzą do systemu, ale każdy wpis nadal ma znaczenie

PYTANIA I ODPOWIEDZI

16 Nasi eksperci odpowiadają na wybrane pytania, przesłane na adres e-mail: dokmed24@wip.pl

1 października 2026 r.

Kolejne harmonogramy przyjęć obowiązkowo w AP-KOLCE

Od 1 października 2026 r. harmonogramy przyjęć dotyczące 15 kolejnych procedur medycznych muszą być prowadzone w aplikacji AP-KOLCE. Placówki powinny zadbać o prawidłowe prowadzenie harmonogramów bezpośrednio w AP-KOLCE, ich bieżącą aktualizację oraz zgodność z danymi zapisanymi w lokalnym systemie rejestracji.

Nowy obowiązek obejmuje koronarografię, wszczepienie lub wymianę rozrusznika jedno- i dwujamowego, implantację, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu, wszczepienie lub wymianę stymulatora nerwu błędnego, artroskopię leczniczą stawu kolanowego, artroskopową rekonstrukcję więzadeł krzyżowych oraz plastykę więzadeł pobocznych kolana.

W AP-KOLCE trzeba będzie prowadzić również zmiany terminu udzielenia świadczenia lub kolejności przyjęcia w harmonogramie na usunięcie migdałków podniebiennych, zabiegi na przegrodzie nosowej, zabiegi w zakresie termolezji i blokady, leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka, operacje przepukliny pachwinowej, operacje usunięcie żylaków kończyny dolnej oraz operacje palucha koślawego.

Placówki realizujące wskazane świadczenia miały do 30 września 2026 r. wprowadzić do aplikacji dane osób oczekujących według stanu na ten dzień. Od 1 października harmonogramy muszą być prowadzone bezpośrednio w systemie udostępnionym przez NFZ. Zmiana ma istotne znaczenie dla organizacji rejestracji pacjentów. Dane dotyczące terminu, kategorii medycznej, zmiany miejsca na liście, rezygnacji pacjenta albo skreślenia go z harmonogramu powinny być aktualizowane zgodnie ze stanem faktycznym. Niezgodność między systemem placówki a AP-KOLCE może prowadzić do błędnego prezentowania dostępności świadczeń i problemów podczas kontroli NFZ.

Warto zatem wskazać osoby odpowiedzialne za obsługę poszczególnych harmonogramów, ustalić zasady weryfikowania danych oraz sprawdzić, czy lokalny system informatyczny prawidłowo współpracuje z aplikacją NFZ. Szczególnej kontroli wymagają przypadki przesuwania terminów, zmiany kategorii medycznej oraz rezygnacji pacjenta ze świadczenia.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 1113).

1 października 2026 r.

Drugi etap wdrażania elektronicznej karty DiLO

Od 1 października 2026 r. dostęp do aplikacji e-DiLO otrzymuje kolejna grupa placówek i lekarzy uczestniczących w diagnostyce oraz leczeniu onkologicznym. Rozpoczyna się tym samym ostatni etap przygotowań do pełnego przejścia na elektroniczną kartę DiLO. Od 1 stycznia 2027 r. karta będzie wystawiana i prowadzona wyłącznie elektronicznie.

Pierwszy etap wdrożenia trwał od 11 sierpnia do 30 września 2026 r. i obejmował ośrodki SOLO III pełniące jednocześnie funkcję wojewódzkich ośrodków monitorujących. Od 1 października dostęp do e-DiLO otrzymują pozostałe ośrodki SOLO III, ośrodki SOLO I i SOLO II, ośrodki kooperacyjne oraz inne uprawnione podmioty. Zgodnie z ustawą kartę DiLO może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, świadczeń szpitalnych albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

Etapowe wdrożenie wynika m.in. ze znacznie szerszego zakresu danych przekazywanych do aplikacji e-DiLO. Placówki powinny zweryfikować uprawnienia użytkowników, przeszkolić personel oraz ustalić, kto odpowiada za wprowadzanie i aktualizowanie informacji na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Dane zapisane w e-DiLO powinny być zgodne z dokumentacją medyczną prowadzoną w systemie placówki. Elektroniczna karta nie zastępuje historii zdrowia i choroby. Informacje dotyczące podejrzenia lub rozpoznania nowotworu, przeprowadzonych badań, ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, planu leczenia i udzielonych świadczeń nadal muszą być prawidłowo odnotowywane w dokumentacji pacjenta.

Do 31 grudnia 2026 r. trwa okres przejściowy. Podmioty, które nie zakończyły pełnej integracji e-DiLO ze swoim systemem HIS, mogą do tego dnia wystawiać i prowadzić karty na dotychczasowych zasadach w aplikacji AP-DILO. Do końca roku w AP-DILO są również wystawiane i prowadzone karty pacjentów poniżej 18. roku życia oraz pacjentów z rozpoznaniami hematoonkologicznymi.

Od 1 stycznia 2027 r. karta DiLO będzie wystawiana i prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym. Przepisy nie przewidują po tej dacie odrębnego wyjątku dla dzieci ani pacjentów hematoonkologicznych. Dane z kart wystawionych na dotychczasowych zasadach i niezamkniętych do 31 grudnia 2026 r. NFZ ma przenieść do nowego systemu do 1 stycznia 2027 r.

Placówki powinny wykorzystać ostatnie miesiące 2026 roku na przetestowanie obiegu informacji i wyeliminowanie sytuacji, w których dane są niepełne, wprowadzane z opóźnieniem albo rozbieżne w różnych systemach. Warto również przygotować personel na migrację niezakończonych kart i pełne przejście na e-DiLO od początku 2027 roku.

Podstawa prawna:

- Ustawa z 3 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2026 r. poz. 1007).

3 października 2026 r.

Upływa termin samorejestracji w Wykazie KSC

Podmioty ochrony zdrowia, które 3 kwietnia 2026 r. spełniały przesłanki uznania za podmiot kluczowy albo ważny i nie podlegają wpisowi z urzędu, mają obowiązek do 3 października 2026 r. złożyć wniosek o wpis do wykazu. Wniosek składa się wyłącznie elektronicznie w aplikacji Wykaz KSC.

Nowelizacja ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, wdrażająca dyrektywę NIS2, rozszerzyła krąg podmiotów ochrony zdrowia objętych regulacją, wprowadziła podział na podmioty kluczowe i ważne oraz zmieniła zakres ich obowiązków. Ochrona zdrowia nie jest nowym sektorem w KSC – część placówek, zwłaszcza szpitali, miała wcześniej status operatorów usług kluczowych.

Placówka powinna przeprowadzić samoidentyfikację na podstawie rodzaju działalności, art. 5 ustawy oraz załączników nr 1 i 2. W przypadku przedsiębiorców znaczenie mają liczba zatrudnionych, roczny obrót lub suma bilansowa, a także dane przedsiębiorstw powiązanych i partnerskich. Co do zasady podmiot spełniający kryteria średniego przedsiębiorstwa może zostać uznany za podmiot ważny, a przekraczający te kryteria – za podmiot kluczowy.

Odrębne zasady dotyczą podmiotów leczniczych, które nie są przedsiębiorcami. Taki podmiot jest podmiotem ważnym, jeżeli zatrudnia od 50 do 249 osób, a podmiotem kluczowym – jeśli zatrudnia co najmniej 250 osób. Ustawa przewiduje jednak również wyjątki i szczególne zasady kwalifikacji, dlatego sama liczba pracowników nie zawsze przesądza o statusie placówki.

Wniosek składa się w aplikacji Wykaz KSC, będącej częścią systemu S46.

Składa go kierownik podmiotu albo osoba przez niego upoważniona. Dokument można opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo kwalifikowaną pieczęcią elektroniczną ze wskazaniem osoby opatrującej pismo pieczęcią. W przypadku działania przez pełnomocnika do wniosku należy dołączyć pełnomocnictwo, chyba że umocowanie wynika z CEIDG albo KRS w przypadku określonym w ustawie.

Termin 3 października dotyczy podmiotów, które spełniały wymagane przesłanki w dniu wejścia nowelizacji w życie. Placówka, która spełni je później, ma sześć miesięcy od tego dnia na złożenie wniosku. Ponieważ 3 października przypada w sobotę, najbezpieczniej zakończyć ją do piątku 2 października.

Podmioty publiczne oraz dotychczasowi operatorzy usług kluczowych są wpisywani do wykazu z urzędu i nie składają wniosku w trybie samorejestracji. Po otrzymaniu zawiadomienia i wezwania mają jednak sześć miesięcy na uzupełnienie brakujących danych. Wpis z urzędu nie zwalnia ich z pozostałych obowiązków wynikających z ustawy.

Trzeba też rozróżnić dostęp do aplikacji Wykaz KSC od pełnego korzystania z systemu S46. Wniosek o wpis już teraz składa się w aplikacji działającej w ramach S46. Natomiast na rozpoczęcie korzystania z pozostałych funkcjonalności systemu zgodnie z harmonogramem oraz wdrożenie zasadniczych obowiązków z zakresu cyberbezpieczeństwa podmioty mają czas do 3 kwietnia 2027 r.

Niezłożenie wniosku w terminie stanowi naruszenie ustawy i może podlegać karze pieniężnej. Nowe kary mogą być jednak nakładane po raz pierwszy dopiero po 3 kwietnia 2028 r. Ustawa przewiduje również możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności finansowej kierownika podmiotu.

Podstawa prawna:

- Ustawa z 23 stycznia 2026 r. o zmianie ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2026 r. poz. 252).

18 października 2026 r.

Elektroniczne orzeczenia medycyny pracy stają się zasadą

Od 18 października 2026 r. orzeczenia medycyny pracy będą co do zasady wystawiane elektronicznie i zapisywane w Systemie Informacji Medycznej. Kończy się tym samym sześciomiesięczny okres przejściowy, w którym można było wystawiać i przekazywać orzeczenia na dotychczasowych zasadach.

Rozporządzenie wprowadzające e-orzeczenia weszło w życie 17 kwietnia 2026 r. Od tego dnia lekarze mogli korzystać z postaci elektronicznej, ale przez kolejne sześć miesięcy nadal dopuszczalne było stosowanie dotychczasowych zasad. Okres przejściowy kończy się 17 października, a od 18 października podstawową postacią orzeczenia staje się dokument elektroniczny.

Orzeczenie wystawione elektronicznie jest zapisywane i przechowywane w Systemie Informacji Medycznej (SIM), działającym w ramach Systemu e-Zdrowie (P1). Osoba badana otrzymuje je na Internetowym Koncie Pacjenta. Na jej żądanie lekarz może także wydać wydruk dokumentu opatrzony własnoręcznym podpisem. Jest to jednak odwzorowanie e-orzeczenia, a nie odrębne orzeczenie papierowe.

Pracodawca nie uzyskuje dostępu do IKP pracownika. Orzeczenie przekazuje mu podstawowa jednostka służby medycyny pracy w terminie określonym i w sposób sprecyzowany w umowie zawartej z pracodawcą. Dokument nadal należy przechowywać w części B akt osobowych, zgodnie z postacią prowadzonej dokumentacji pracowniczej.

Elektronizacja nie oznacza całkowitego wyeliminowania papieru. Orzeczenie wystawia się w postaci papierowej w przypadku braku dostępu do właściwego systemu teleinformatycznego. Forma papierowa pozostaje również właściwa w odniesieniu do funkcjonariuszy ABW, AW, CBA, SKW i SWW oraz żołnierzy zawodowych wyznaczonych na stanowiska służbowe w SKW i SWW. Żądanie pracownika nie jest podstawą do wystawienia papierowego orzeczenia – pracownik może poprosić jedynie o wydruk dokumentu elektronicznego.

Rozporządzenie wprowadziło również nowe wzory papierowych orzeczeń i rozszerzyło zakres zamieszczanych w nich danych (czytaj więcej na str. 13). Nie są to jednak osobne formularze dla badań wstępnych, okresowych i kontrolnych. Pierwszy wzór dotyczy m.in. orzekania o zdolności albo braku zdolności do pracy na określonym stanowisku, drugi – szczególnych przypadków niezdolności do dotychczasowej pracy.

Od 18 lipca 2026 r. elektronicznie można sporządzać także indywidualne zalecenia prozdrowotne. Jest to dokument odrębny od orzeczenia, przekazywany wyłącznie osobie badanej, a nie pracodawcy. Nie należy go mylić z informacjami zamieszczanymi w orzeczeniu dla pracodawcy, np. zaleceniem zapewnienia okularów lub dostosowania stanowiska pracy.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 marca 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2026 r. poz. 456).



TEMAT NUMERU

Dokumentacja pod lupą audytu. Gdzie placówki popełniają najwięcej błędów

Najpoważniejsze błędy ujawniają się zwykle na styku formalnej poprawności, treści wpisów, zgód pacjenta, późniejszych uzupełnień oraz zasad udostępniania dokumentacji. To właśnie one mogą mieć największe znaczenie dla bezpieczeństwa prawnego placówki. Jak zatem spojrzeć na dokumentację oczami audytora?

Z artykułu dowiesz się:

- Jak ocenić, czy dokumentacja pozwala odtworzyć rzeczywisty przebieg leczenia.
- Które braki formalne i niespójności najczęściej ujawnia audyt.
- Jak sprawdzać zgody pacjenta oraz późniejsze korekty i uzupełnienia wpisów.
- Co placówka powinna zrobić po wykryciu błędów w dokumentacji medycznej.



MARZENA PYTLARZ-PIETRASZKO
radczyni prawna specjalizująca się w prawie medycznym, gospodarczym i handlowym

Dokumentacja medyczna jest jednym z najważniejszych źródeł informacji o rzeczywistym przebiegu diagnostyki i leczenia. Podczas audytu nie wystarczy więc sprawdzić, czy karta pacjenta istnieje, została podpisana i zawiera wymagane dane. Trzeba przede wszystkim ustalić, czy dokumentacja tworzy spójny, chronologiczny i wiarygodny obraz udzielonych świadczeń.

Audyt dokumentacji medycznej – czego właściwie szukamy

Audyt dokumentacji medycznej bywa błędnie utożsamiany z kontrolą kompletności formularzy. Tymczasem dobrze przeprowadzony audyt powinien odpowiedzieć na znacznie szersze pytanie: czy osoba, która nie uczestniczyła w leczeniu pacjenta, może na podstawie samej dokumentacji odtworzyć przebieg udzielania świadczeń i zrozumieć przesłanki podejmowanych decyzji?

To zasadnicza zmiana perspektywy. Audytor nie ogranicza się do sprawdzania, czy poszczególne pola zostały wypełnione. Analizuje dokumentację jako całość – chronologię wpisów, ich wzajemną zgodność, związek rozpoznania z wynikami badań i zastosowanym postępowaniem, informacje przekazane pacjentowi, wydane zalecenia, zlecone badania, ordynowane leki, skierowania, zgody i odmowy oraz sposób dokumentowania kolejnych etapów leczenia.

Dokumentacja medyczna powinna zatem „opowiadać historię" pacjenta. Jeśli wynika z niej, że pacjent zgłosił określone dolegliwości, audytor będzie szukał informacji, w jaki sposób je oceniono. Gdy wynik badania był nieprawidłowy – sprawdzi,

czy wpłynął na dalsze postępowanie. Jeśli zmieniono leczenie – będzie chciał ustalić przyczynę tej decyzji. Jeżeli pacjent odmówił proponowanego postępowania – istotne stanie się to, czy został poinformowany o możliwych konsekwencjach.

Obowiązek prowadzenia dokumentacji nie sprowadza się przy tym do jej utworzenia. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nakłada na podmiot udzielający świadczeń obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji oraz ochrony zawartych w niej danych. Dokumentacja powinna zawierać co najmniej oznaczenie pacjenta, oznaczenie podmiotu, opis stanu zdrowia lub udzielonych świadczeń oraz datę sporządzenia.

Audyt powinien więc obejmować co najmniej kilka obszarów:

- kompletność formalną dokumentacji;
- jakość i spójność merytoryczną wpisów;
- prawidłowość dokumentowania zgód i informacji przekazywanych pacjentowi;
- chronologię wpisów i sposób dokonywania zmian;
- zasady dostępu do dokumentacji, jej przechowywania i udostępniania.

W praktyce szczególnie skuteczna okazuje się kontrola całej ścieżki pacjenta, a nie pojedynczego dokumentu. Dopiero zestawienie danych z rejestracji, wizyt, badań diagnostycznych, konsultacji, ordynacji leków, zgód i zaleceń pozwala dostrzec nieprawidłowości, które przy analizowaniu każdego dokumentu oddzielnie mogłyby pozostać niezauważone.

LISTA KONTROLNA

Pomaga przeprowadzić krok po kroku wewnętrzny audyt dokumentacji medycznej

Pobierz

Braki formalne – łatwe do wykrycia, ale nie do zlekceważenia

Pierwszą grupę uchybień stanowią braki formalne. Są stosunkowo łatwe do wykrycia, dlatego podczas kontroli lub wewnętrznego audytu zwykle pojawiają się jako pierwsze. Nie oznacza to jednak, że mają wyłącznie techniczne znaczenie.

Do tej grupy należą m.in.:

- nieprawidłowe oznaczenie pacjenta, podmiotu lub osoby udzielającej świadczenia;
- brak daty wpisu;
- niekompletne oznaczenie komórki organizacyjnej;
- brak wymaganych elementów dokumentacji;
- nieprawidłowości związane z podpisaniem wpisu.

Szczególnej uwagi wymaga czas dokonywania wpisów. Obowiązujące przepisy żądają, aby wpis został dokonany niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych. W przypadku dokumentacji papierowej konieczne są dodatkowo czytelność oraz zachowanie porządku chronologicznego. Zarówno wpisy, jak i ich zmiany muszą być opatrzone oznaczeniem osoby, która ich dokonała. Z punktu widzenia audytu liczy się więc nie tylko to, co wpisano, lecz także kiedy wpis powstał oraz kto go utworzył lub zmienił.

W systemach elektronicznych szczególnego znaczenia nabiera możliwość odtworzenia historii operacji. Wpis sporządzony kilka godzin lub kilka dni po wizycie może odpowiadać rzeczywistemu przebiegowi świadczenia, ale trzeba ocenić go w kontekście zasady niezwłoczności. Im więcej czasu upłynęło między udzieleniem świadczenia a dokonaniem wpisu, tym większe ryzyko pytań o jego wiarygodność.

WAŻNE:

Powtarzające się braki formalne powinny być dla kierownika placówki sygnałem ostrzegawczym. Jeżeli ten sam błąd występuje u wielu pracowników, problem może wynikać nie z indywidualnej niestaranności, lecz z wadliwego formularza, nieintuicyjnego systemu informatycznego, niejasnej procedury albo braku odpowiedniego szkolenia.

Dobry audyt nie powinien zatem kończyć się stwierdzeniem: „brakuje wymaganych danych". Powinien również odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ich brakuje i co w organizacji pracy powoduje, że błąd się powtarza.

Spójność merytoryczna – czy dokumentacja pokazuje rzeczywisty przebieg leczenia

Najpoważniejsze problemy często nie dotyczą pustych pól, lecz treści, które formalnie znalazły się w dokumentacji. Dokument może być kompletny technicznie, a mimo to nie pozwalać na odtworzenie procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Przykładem jest sytuacja, w której odnotowano rozpoznanie i zalecono leczenie, ale nie opisano objawów, wyników badania ani innych okoliczności pozwalających zrozumieć podstawę tej decyzji.

Podczas audytu warto zestawiać ze sobą poszczególne elementy dokumentacji:

- Czy zgłaszane dolegliwości odpowiadają rozpoznaniu?
- Czy nieprawidłowy wynik badania został zauważony i oceniony?

- Czy wyjaśniono przyczynę zmiany dawkowania leku?
- Czy zlecenie kolejnego badania pozostaje w logicznym związku ze stanem pacjenta?
- Czy zalecenia przy wypisie odpowiadają problemom opisanym podczas hospitalizacji?

Nie oznacza to, że dokumentacja powinna zawierać wielostronicowe uzasadnienie każdej decyzji klinicznej. Musi jednak obejmować tyle informacji, aby można było odtworzyć podstawowy tok postępowania.

Szczególnie niebezpieczne są sprzeczności wewnętrzne. W jednym miejscu pacjent może być opisany jako osoba bez określonych objawów, a kilka godzin później otrzymać leczenie typowe dla sytuacji, w której objawy te występują. W historii choroby niekiedy znajduje się informacja o uczuleniu na lek, podczas gdy w karcie zleceń widnieje ten właśnie preparat. W karcie wypisowej mogą pojawić się zalecenia, których nie sposób powiązać z wcześniejszym przebiegiem leczenia. Każda taka niespójność wymaga wyjaśnienia.

Audytor powinien także zwracać uwagę na wpisy nadmiernie schematyczne. Systemy informatyczne ułatwiają korzystanie z szablonów, automatycznych podpowiedzi i kopiowanie wcześniejszych treści. Same te funkcje nie stanowią problemu. Ryzyko pojawia się wtedy, gdy wygoda techniczna zaczyna zastępować indywidualną ocenę pacjenta.

UWAGA

Jeżeli przez kilka kolejnych wizyt opis badania, objawów i zaleceń jest identyczny słowo w słowo, mimo że zmieniają się wyniki badań, leczenie lub zgłaszane dolegliwości, pojawia się pytanie, czy dokumentacja rzeczywiście była tworzona podczas kolejnych świadczeń.

Zgoda pacjenta – sam podpis na formularzu nie wystarczy

Jednym z najczęstszych błędów podczas wewnętrznych kontroli jest sprowadzenie audytu zgód do pytania: „Czy formularz został podpisany?”.

Podpis ma znaczenie, ale nie przesądza jeszcze o prawidłowości całego procesu. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody jest ściśle związane z prawem do informacji. Pacjent powinien podjąć decyzję po otrzymaniu informacji, które pozwolą mu zrozumieć charakter proponowanego świadczenia i jego znaczenie. Rzecznik Praw Pacjenta również w 2026 roku podkreślał, że świadoma zgoda wymaga rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji medycznej.

Audytor powinien zatem sprawdzić nie tylko obecność zgody, lecz także jej powiązanie z konkretnym świadczeniem:

- Czy wiadomo, czego dotyczyła decyzja pacjenta?
- Czy zgodę uzyskano w odpowiednim czasie?
- Czy podpisała ją osoba uprawniona?
- Czy dokumentacja wskazuje, że pacjent otrzymał wymagane informacje?
- Czy po zmianie zakresu planowanego świadczenia oceniono potrzebę ponownego uzyskania zgody?

Ma to szczególne znaczenie w przypadku zabiegów operacyjnych oraz metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, dla których przepisy wymagają pisemnej zgody.

Nie można też zapominać o odmowie. Jej dokumentowanie nie powinno ograniczać się do krótkiej adnotacji: „pacjent nie wyraża zgody”. Jeżeli odmowa może prowadzić do istotnych konsekwencji zdrowotnych, z dokumentacji powinno wynikać, że pacjent został o nich poinformowany.

CO Z TEGO WYNIKA DLA PLACÓWKI

1. **Podczas audytu zgód należy sprawdzić nie tylko formularze, lecz także cały proces informacyjny. Sam podpis pacjenta nie powinien być traktowany jako automatyczny dowód prawidłowego wykonania obowiązku informacyjnego.**
2. **Dokumentacja powinna umożliwiać powiązanie zgody z konkretnym świadczeniem oraz – stosownie do sytuacji – potwierdzać, że pacjent otrzymał informacje potrzebne do podjęcia świadomej decyzji.**

Korekty i uzupełnienia – czy dokumentacja pokazuje historię zmian

Jednym z najbardziej wrażliwych obszarów audytu jest ingerowanie w dokumentację po utworzeniu pierwotnego wpisu. Błędy się zdarzają. Lekarz może omyłkowo wpisać niewłaściwą wartość, pominąć istotną informację albo po zakończeniu wizyty zauważyć, że opis wymaga uzupełnienia. Sama konieczność korekty nie świadczy więc o nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji. Kluczowe znaczenie ma sposób jej dokonania.

Przepisy wymagają zapewnienia niezaprzeczalności i integralności danych oraz oznaczania osoby dokonującej zarówno pierwotnego wpisu, jak i jego zmiany. W dokumentacji papierowej błędnego wpisu nie wolno usuwać. Należy go skreślić,

wskazać przyczynę błędu, datę oraz osobę dokonującą adnotacji. W środowisku elektronicznym system i organizacja pracy powinny umożliwiać odtworzenie historii wpisu. Szczególnie niepożądane są rozwiązania pozwalające na „ciche" zastąpienie pierwotnej treści nową, bez możliwości sprawdzenia, co zmieniono, kiedy i przez kogo.

Audytor powinien więc zainteresować się nie tylko treścią dokumentacji, ale także funkcjonalnością systemu:

- Czy można ustalić czas utworzenia wpisu?
- Czy system identyfikuje jego autora?
- Czy widoczne są późniejsze modyfikacje?
- Czy można sprawdzić datę ich dokonania?
- Czy da się odtworzyć wcześniejszą wersję wpisu?

Szczególną ostrożność należy zachować, gdy uzupełnienie następuje już po pojawieniu się konfliktu z pacjentem, złożeniu skargi, wezwaniu do wydania dokumentacji albo uzyskaniu informacji o możliwym postępowaniu sądowym. Późniejszy wpis nie jest automatycznie niedopuszczalny, ale jego transparentność nabiera wówczas szczególnego znaczenia.

Czy brakujący wpis można uzupełnić po zakończeniu wizyty

Nie należy „naprawiać" dokumentacji w sposób tworzący wrażenie, że informacja została zapisana wcześniej, niż zaistniało zdarzenie. Jeżeli po zakończeniu wizyty osoba udzielająca świadczenia stwierdzi, że dokumentacja wymaga uzupełnienia, powinna zrobić to transparentnie – tak, aby można było ustalić rzeczywisty czas dokonania wpisu oraz jego autora. Zasadą pozostaje dokonywanie wpisów niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Im więcej czasu upłynęło od wizyty, tym większego znaczenia nabiera możliwość wyjaśnienia charakteru i przyczyny późniejszego uzupełnienia.

Udostępnianie i ochrona dokumentacji – audyt nie kończy się na treści wpisów

Nawet wzorowo prowadzona dokumentacja może stać się źródłem poważnego ryzyka, jeśli placówka nieprawidłowo nią zarządza. Prawo pacjenta obejmuje dostęp do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń. Podmiot leczniczy ma obowiązek dokumentację prowadzić, przechowywać, udostępniać oraz chronić zawarte w niej dane. Może ona być udostępniana m.in. do wglądu, w formie kopii, wydruku lub odpisu, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych.

Audyt powinien objąć cały proces udostępniania dokumentacji – od przyjęcia wniosku, przez identyfikację osoby uprawnionej, aż po przygotowanie i bezpieczne przekazanie danych.

UWAGA

W praktyce ryzyko pojawia się często nie w gabinecie lekarskim, lecz w rejestracji, sekretariacie lub dziale administracyjnym. Dokumentacja może zostać wysłana na niewłaściwy adres, wydana nieuprawnionej osobie albo udostępniona w zakresie szerszym, niż wynikało to z wniosku.

Trzeba również sprawdzić, kto ma dostęp do dokumentacji elektronicznej i czy zakres nadanych uprawnień odpowiada rzeczywistym obowiązkom pracowników. Ustawa dopuszcza dostęp do danych zawartych w dokumentacji m.in. osób wykonujących zawody medyczne oraz odpowiednio upoważnionych osób wykonujących czynności pomocnicze lub związane z obsługą systemu.

Audyt powinien uwzględniać także bezpieczeństwo przechowywania dokumentacji. Rzecznik Praw Pacjenta przypomniał w lipcu 2026 roku, że to podmiot leczniczy odpowiada za zapewnienie warunków chroniących dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem, utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

Kontrola nie może więc ograniczać się do pytania: „Czy wpisy są prawidłowe?". Należy również ustalić:

- Kto może zobaczyć dokumentację?
- Kto może ją zmieniać?
- W jaki sposób jest udostępniana?
- Czy placówka potrafi wykazać, co działo się z dokumentacją na kolejnych etapach jej przetwarzania?

Audyt wykazał błąd – co powinna zrobić placówka

Największym błędem organizacyjnym po przeprowadzeniu audytu jest potraktowanie raportu jako celu samego w sobie. Audyt ma sens tylko wtedy, gdy prowadzi do zmiany.

Pierwszym krokiem powinno być sklasyfikowanie stwierdzonych nieprawidłowości. Inaczej należy potraktować pojedynczy brak formalny, odmiennie problem

ZGODNOŚĆ Z PRAWEM

Praktyczna lista kontrolna pomoże Ci sprawdzić, czy Twoja dokumentacja medyczna spełnia aktualne wymagania prawne

Pobierz

powtarzający się w całym zespole, a jeszcze odrębnie sytuację, która mogła wpłynąć na bezpieczeństwo pacjenta lub naruszyć jego prawa.

W praktyce warto podzielić błędy na trzy grupy:

1. **Incydentalne** – mogą wymagać indywidualnego omówienia i przypomnienia obowiązujących zasad.
2. **Systemowe** – powinny prowadzić do analizy formularza, procedury, organizacji pracy lub systemu informatycznego.
3. **Wysokiego ryzyka** – wymagają szybkiej oceny skutków, zabezpieczenia dokumentacji oraz podjęcia odpowiednich działań zarządczych.

Działań naprawczych nie należy automatycznie utożsamiać z poprawianiem historycznej dokumentacji. Celem audytu jest przede wszystkim ustalenie przyczyny problemu oraz zapobieganie jego powtarzaniu się.

Jeżeli w kilkudziesięciu kartach brakuje tego samego elementu, użyteczniejsza od kilkudziesięciu indywidualnych rozmów może być zmiana formularza lub konfiguracji systemu. Jeżeli personel nagminnie korzysta z funkcji „kopiuj-wklej", warto sprawdzić, czy przyczyną nie jest nadmiernie rozbudowany formularz albo niewłaściwa organizacja czasu pracy.

Po wdrożeniu działań naprawczych powinien nastąpić reaudyt. Dopiero ponowna kontrola pokaże, czy przyjęte rozwiązania rzeczywiście zmniejszyły skalę problemu.

Podsumowanie – na co zwraca uwagę audytor dokumentacji medycznej

Audytor nie szuka wyłącznie pustych rubryk. Patrzy na dokumentację jak na zapis całego procesu udzielania świadczeń. Dlatego podczas wewnętrznego audytu placówka powinna odpowiedzieć na siedem podstawowych pytań.

1. **Czy z dokumentacji można odtworzyć przebieg leczenia?**
   Czy wiadomo, jakimi informacjami dysponowała osoba podejmująca decyzję i dlaczego zdecydowała o określonym postępowaniu?
2. **Czy kolejne wpisy są ze sobą spójne?**
   Czy wyniki badań, rozpoznania, ordynowane leczenie i zalecenia tworzą logiczną całość?
3. **Czy wpisy powstają we właściwym czasie?**
   Czy dokumentacja jest tworzona niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, czy też regularnie uzupełnia się ją z opóźnieniem?
4. **Czy zgody rzeczywiście dokumentują decyzję pacjenta?**
   Czy formularz można powiązać z konkretnym świadczeniem oraz procesem przekazywania pacjentowi informacji?
5. **Czy każda zmiana pozostawia ślad?**
   Czy wiadomo, kto, kiedy i w jakim zakresie ingerował w dokumentację?
6. **Czy placówka kontroluje dostęp do danych?**
   Czy dokumentacja jest udostępniana wyłącznie osobom uprawnionym i w bezpieczny sposób?
7. **Czy wykryte błędy prowadzą do działań naprawczych?**
   Audyt powinien kończyć się nie tylko raportem, lecz także planem działań, wskazaniem osób odpowiedzialnych oraz ponowną kontrolą obszarów, w których wykryto nieprawidłowości.

Najlepszym testem jakości dokumentacji pozostaje proste pytanie: czy osoba, która nie zna pacjenta i nie uczestniczyła w jego leczeniu, po przeczytaniu dokumentacji będzie w stanie zrozumieć, co się wydarzyło, dlaczego podjęto określone decyzje i jaki był ich rezultat? Jeżeli odpowiedź jest przecząca, warto potraktować to jako sygnał do działania – nawet wtedy, gdy wszystkie wymagane pola w systemie zostały formalnie wypełnione. Taki test pozwala wychwycić luki, których nie ujawni samo sprawdzenie kompletności formularzy, i wskazuje, gdzie potrzebne są korekty lub szkolenie personelu.

Podstawa prawna:

- ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w szczególności art. 9, art. 16–18 oraz art. 23–30,
- rozporządzenie ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.),
- rozporządzenie ministra zdrowia z 29 czerwca 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2026 r. poz. 876, obowiązujące od 1 lipca 2026 r.),
- ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2026 r. poz. 208 ze zm.).

Kolejna wizyta, ten sam opis. Co naprawdę widzi audytor

Funkcja „kopiuj-wklej” przyspiesza prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Problem zaczyna się wtedy, gdy skopiowany wpis nie odpowiada już przebiegowi kolejnej wizyty. Powtarzające się opisy mogą podważyć wiarygodność dokumentacji i utrudnić wykazanie, jakie czynności rzeczywiście wykonano.



MARZENA PYTLARZ-PIETRASZKO
radczyni prawna specjalizująca się w prawie medycznym, gospodarczym i handlowym

Opis przypadku

Pacjent pozostawał pod opieką poradni specjalistycznej. W ciągu pięciu miesięcy odbył cztery wizyty kontrolne. Podczas audytu dokumentacji zauważono, że opis badania przedmiotowego podczas każdej z nich był niemal identyczny. W kolejnych kartach powtarzały się te same sformułowania dotyczące stanu pacjenta, zgłaszanych dolegliwości i wyników badania. Identyczne były również fragmenty zaleceń. Sama powtarzalność wpisów nie musi oznaczać nieprawidłowości – stan pacjenta może przecież pozostawać stabilny. W tym przypadku pomiędzy wizytami zmieniały się jednak wyniki badań. Podczas jednej z konsultacji zmodyfikowano farmakoterapię, a w dokumentacji odnotowano nowe dolegliwości. Mimo to opis badania pozostawał praktycznie niezmieniony.

Co wykazał audyt

Audytor nie zakwestionował samego korzystania z funkcji kopiowania wcześniejszego wpisu. Zwrócił jednak uwagę na brak wystarczającej indywidualizacji dokumentacji. Pojawiło się zasadnicze pytanie: czy podczas każdej wizyty rzeczywiście przeprowadzono opisane badanie i za każdym razem uzyskano identyczny wynik, czy też wcześniejszy wpis został automatycznie przeniesiony bez pełnej weryfikacji? Dodatkowym sygnałem ostrzegawczym była niespójność pomiędzy opisem stanu pacjenta a zmianą leczenia. Z dokumentacji wynikało, że stan kliniczny pozostawał niezmieniony. Jednocześnie lekarz zdecydował o modyfikacji farmakoterapii. W dokumentacji zabrakło informacji, która pozwalałaby zrozumieć przyczynę tej decyzji.

Gdzie powstaje ryzyko – ekspercka analiza

Wykorzystanie poprzedniego wpisu jako podstawy kolejnej notatki nie przesądza o naruszeniu przepisów. System informatyczny może wspierać pracę personelu i ograniczać konieczność wielokrotnego wprowadzania tych samych informacji. Za treść aktualnego wpisu odpowiada jednak osoba, która go dokonuje. Każda wizyta jest odrębnym świadczeniem zdrowotnym. Dokumentacja powinna więc odzwierciedlać jej rzeczywisty przebieg. Jeżeli poszczególne elementy stanu pacjenta się nie zmieniły, można to odnotować. Nie należy jednak pozostawiać skopiowanych informacji bez sprawdzenia, czy nadal są aktualne. Ryzyko rośnie, gdy przeniesiony fragment pozostaje w sprzeczności z innymi elementami dokumentacji. Przykładem może być wpis „bez nowych dolegliwości”, podczas gdy w innym miejscu opisano nowe objawy.

Przepisy wymagają, aby wpis został dokonany niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych. Dokumentacja powinna również zawierać opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń. W razie sporu seria identycznych wpisów może więc prowadzić do pytań nie tylko o jakość dokumentacji. Może także wywołać wątpliwości, czy dokumentacja rzeczywiście odzwierciedla przebieg poszczególnych świadczeń.

Co należało zrobić

Lekarz mógł wykorzystać wcześniejszy wpis jako punkt wyjścia. Przed zatwierdzeniem kolejnej notatki powinien jednak zweryfikować każdy przeniesiony element. Jeżeli stan pacjenta się nie zmienił – należało to odnotować. Jeśli pojawiły się nowe dolegliwości, wynik badania był inny albo zmodyfikowano leczenie – dokumentacja powinna wskazywać tę zmianę oraz, w zakresie potrzebnym do odtworzenia procesu terapeutycznego, jej przyczynę. Każdy wpis powinien być aktualny, indywidualny i zgodny z rzeczywistym przebiegiem konkretnej wizyty.

Audytor sprawdza

Wybierz losowo dokumentację pacjenta, który odbył co najmniej trzy kolejne wizyty u tego samego specjalisty, i porównaj wpisy. Sprawdź:

- Czy całe fragmenty tekstu powtarzają się słowo w słowo.
- Czy zmiana stanu pacjenta znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji.
- Czy nowe wyniki badań wpływają na opis dalszego postępowania.
- Czy można odtworzyć podstawę zmiany leczenia.
- Czy w skopiowanym tekście nie pozostały informacje, które podczas kolejnej wizyty były już nieaktualne.

Samo korzystanie z funkcji „kopiuj-wklej” nie jest najważniejszym problemem. Ryzyko pojawia się wtedy, gdy wpis z kolejnej wizyty przestaje dokumentować tę właśnie wizytę.

Elektroniczna karta pacjenta zmieni dostęp do najważniejszych danych medycznych

Karta pacjenta to nowy rodzaj elektronicznej dokumentacji medycznej generowanej przez System Informacji Medycznej. Ma zapewnić pracownikom medycznym dostęp do najważniejszych informacji o zdrowiu pacjenta zgromadzonych w jednym dokumencie, a w przyszłości także usprawnić transgraniczną wymianę danych. Jak projektodawca uzasadnia wprowadzenie tego rozwiązania?

Z artykułu dowiesz się:

- Jakie dane znajdą się w elektronicznej karcie pacjenta.
- Kto i na jakich zasadach będzie mógł wygenerować EKP.
- Jak karta pacjenta ma wspierać diagnostykę i leczenie.
- Na czym będzie polegać transgraniczna wymiana danych zawartych w EKP.



MACIEJ LIPKA
specjalista w zakresie prawa medycznego i ochrony danych osobowych

Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia, zwana dalej „nowelizacją", już obowiązuje. Jej celem jest wprowadzenie rozwiązań wspierających transformację cyfrową państwa i rozwój usług dotyczących e-zdrowia. Nowelizacja zmienia osiem ustaw. W związku z wprowadzeniem elektronicznej karty pacjenta (dalej: EKP) zmianie ulegają m.in. ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: upp) oraz ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia (dalej: usioz).

EKP jako nowy rodzaj elektronicznej dokumentacji medycznej

Nowelizacja rozszerza katalog elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) o EKP. Jest to jednocześnie dokument wskazany w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 z 11 lutego 2025 r., czyli skrócona karta zdrowia pacjenta, tzw. Patient Summary. Jak wskazał projektodawca, EKP jest nowym, szczególnym i dotąd nieznanym w polskim systemie ochrony zdrowia rodzajem dokumentacji medycznej. Dokument będzie generowany elektronicznie przez System Informacji Medycznej (SIM). Nie ma jednego twórcy, dlatego nie podlega podpisaniu przez żadnego pracownika medycznego.

EKP ma obejmować dane osobowe i podstawowe jednostkowe dane medyczne o pacjencie dostępne w SIM. Karta będzie generowana na żądanie pracownika medycznego uprawnionego do dostępu do danych pacjenta.

Czy dostęp do elektronicznej karty pacjenta wymaga zgody

EKP nie stanowi odrębnej dokumentacji klinicznej. Można ją uznać za podsumowanie informacji dostępnych w systemie w chwili skierowania zapytania. Dostęp do karty pacjenta nie zawsze będzie wymagał uzyskania zgody pacjenta.

PRZYKŁAD

Projektodawca wskazuje, że zgody pacjenta nie trzeba uzyskiwać m.in. podczas udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w razie kontynuacji leczenia w tym samym podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz w trybie ratowania życia. Historia zdrowia pacjenta odzwierciedlona w EKP będzie aktualna wyłącznie w chwili zgłoszenia żądania. Jeżeli jednak od momentu poprzedniego żądania wygenerowania karty dane pacjenta się nie zmienią, EKP nie zostanie wygenerowana ponownie. System potwierdzi aktualność jej dotychczasowej wersji.

Jakie informacje znajdą się w karcie pacjenta

Dane zawarte w EKP mają pochodzić z SIM, zwłaszcza z Centralnego Wykazu Usługobiorców oraz informacji o zdarzeniach medycznych. Nowelizacja wprowadza zmiany w upp i określa katalog danych zawartych w EKP. Obejmuje on dane osobowe pacjenta, w tym m.in.: adres miejsca zamieszkania, adres poczty elektronicznej i numer telefonu kontaktowego, informacje o wybranych przez pacjenta lekarzu, pielęgniarce lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jednostkowe

dane medyczne, identyfikator dokumentu. Zakres informacji prezentowanych w EKP ma stanowić podsumowanie najważniejszych danych o stanie zdrowia pacjenta. Nie pozwoli zatem pozyskać informacji o całej historii jego leczenia. Minister zdrowia określi w rozporządzeniu szczegółowy zakres jednostkowych danych medycznych, okresy, z których dane te będą uwzględniane w karcie pacjenta, oraz sposób uwzględniania informacji prezentowanych w EKP.

Karta pacjenta ma usprawnić diagnostykę i leczenie

Projektodawca założył, że wprowadzenie EKP zapewni pracownikom medycznym dostęp do najważniejszych informacji o zdrowiu pacjenta, udostępnionych zbiorczo w jednym dokumencie.

PRZYKŁAD

W ramach EKP mogą być udostępniane m.in. informacje o wszczepionych urządzeniach, chorobach przewlekłych, alergiach, grupie krwi, szczepieniach ochronnych wykonanych u pacjenta, produktach leczniczych przepisanych na recepcie oraz przeprowadzonych operacjach i zabiegach.

Zdaniem projektodawcy zmiany mają ułatwić pracownikom medycznym sprawne podejmowanie decyzji w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Dostęp do historii zdrowia pacjenta ma również ograniczyć ryzyko błędów medycznych i poprawić bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Patient Summary umożliwi transgraniczną wymianę danych

Struktura EKP powstała na podstawie wytycznych eHealth Network dotyczących elektronicznej wymiany danych o zdrowiu, zebranych w dokumencie Patient Summary. Wdrożenie Patient Summary na potrzeby wymiany transgranicznej rozszerza katalog istniejących e-usług transgranicznych. Należy do nich już elektroniczna recepta transgraniczna obsługiwana przez Krajowy Punkt Kontaktowy ds. Transgranicznej Opieki Zdrowotnej.

Nowelizacja umożliwia przekazanie karty pacjenta do innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), będących stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Projektodawca upatruje w tym rozwiązaniu szansy na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zwłaszcza osób, które często podróżują po krajach Unii Europejskiej i EFTA. Współpraca państw członkowskich UE ma umożliwić m.in. szybki dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, ułatwić personelowi medycznemu uzyskanie danych ratujących życie w sytuacji zagrożenia oraz ograniczyć powtarzanie procedur diagnostycznych.

Projektodawca wskazuje, że celem wprowadzenia w Polsce EKP, będącej odpowiednikiem Patient Summary w rozumieniu prawa unijnego, jest zapewnienie polskim pracownikom medycznym dostępu do podstawowych danych pacjentów oraz umożliwienie przekazywania tych informacji do państw odbioru danych. Ostatecznie rozwiązanie ma ułatwić pacjentom korzystanie z konsultacji medycznych i podejmowanie leczenia w tych państwach.

Pacjent musi wyrazić zgodę na przekazanie EKP za granicę

Przepisy upp zmieniono tak, aby EKP wygenerowana w Polsce mogła zostać przekazana do państw odbioru danych. Polski pacjent musi jednak wcześniej wyrazić zgodę na przekazanie swoich danych za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Możliwość tę zapewniono przez zmianę usioz.

Polska EKP udostępniana na potrzeby wymiany transgranicznej będzie zawierała takie same informacje jak krajowa karta pacjenta. EKP będzie jednak można przekazać przez SIM do państwa odbioru danych wraz z dodatkowymi oznaczeniami: „Polska", „transgraniczna" oraz identyfikatorem przypisanym tej wymianie. Sposób i zakres tłumaczenia danych określi rozporządzenie ministra zdrowia.

Wymiana danych między państwami będzie uruchamiana stopniowo

Wymiana Patient Summary między państwami odbioru będzie uruchamiana sukcesywnie. Minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do zamieszczania na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej obsługującego go urzędu wykazu państw, do których Polska przekazuje EKP i od których odbiera dane osobowe oraz jednostkowe dane medyczne. Na tej samej stronie ma również publikować informacje o rodzaju danych potrzebnych do zweryfikowania tożsamości pacjenta pochodzącego z innego państwa.

Transgraniczna wymiana danych objętych Patient Summary ma przebiegać analogicznie do wymiany recept – za pośrednictwem Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, którego zadania realizuje Centrum e-Zdrowia.

Podstawa prawna:

- ustawa z 15 maja 2026 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2026 r. poz. 791).

Orzeczenia medycyny pracy przechodzą do systemu, ale każdy wpis nadal ma znaczenie

Od 18 października 2026 r. orzeczenia medycyny pracy będą co do zasady wystawiane elektronicznie. Zmienia się postać dokumentu, ale nie znika obowiązek zamieszczenia w nim wszystkich wymaganych danych. Wyjaśniamy, co musi zawierać prawidłowo sporządzone orzeczenie wydane po badaniu profilaktycznym.

Z tego artykułu dowiesz się:

- W jakiej postaci wydaje się orzeczenie lekarskie po badaniu profilaktycznym.
- Jakie dane osoby badanej, pracodawcy i stanowiska trzeba wpisać w dokumencie.
- Jakie rozstrzygnięcia może zawierać orzeczenie.
- Jak prawidłowo oznaczyć lekarza przeprowadzającego badanie.



DOROTA KACZMARCZYK-SZCZUREK
radca prawny przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Krakowie

Wzory orzeczeń lekarskich wydawanych na podstawie badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy określa rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników. Orzeczenie o utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy, o którym mowa w art. 43 pkt 2 Kodeksu pracy, oraz orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wskazane w art. 229 § 4 Kodeksu pracy, muszą zawierać informacje określone w rozporządzeniu.

Do 17 października 2026 r. orzeczenia mogą być wydawane w postaci elektronicznej albo papierowej, według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia. Od 18 października 2026 r. zasadą stanie się ich wystawianie w postaci elektronicznej, natomiast dokument papierowy będzie dopuszczalny wyłącznie w przypadkach przewidzianych w przepisach, m.in. przy braku dostępu do systemu teleinformatycznego.

WZÓR DOKUMENTU

Pobierz edytowalny wzór i uzupełnij wszystkie dane wymagane po przeprowadzeniu badania profilaktycznego.

Pobierz

Jak oznaczyć podmiot przeprowadzający badanie profilaktyczne

W pierwszej kolejności należy oznaczyć podmiot wykonujący działalność leczniczą, który przeprowadza badanie profilaktyczne. W orzeczeniu trzeba podać jego nazwę, adres oraz dane kontaktowe – adres e-mail i numer telefonu.

Następnie należy wskazać właściwy rodzaj badania profilaktycznego: wstępne, okresowe albo kontrolne. Trzeba również podać numer wydanego orzeczenia oraz datę skierowania na badanie lekarskie.

Jakie dane osoby badanej należy podać w orzeczeniu

Kolejnym krokiem jest uzupełnienie danych osoby badanej. W dokumencie należy podać jej imię lub imiona, nazwisko oraz numer PESEL. Jeżeli badana osoba nie ma numeru PESEL, należy wskazać serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość, a także kraj jego wydania. W orzeczeniu trzeba również podać adres zamieszkania osoby badanej: miejscowość, ulicę, numer domu i numer lokalu.

Jak oznaczyć pracodawcę i stanowisko pracy

W orzeczeniu niezbędne jest podanie danych pracodawcy. Należy wskazać, czy badana osoba dopiero rozpoczyna pracę na danym stanowisku, czy jest już zatrudniona. Następnie trzeba podać nazwę i adres pracodawcy oraz nazwę stanowiska, na którym osoba badana jest zatrudniona albo ma zostać zatrudniona.

Jaką treść może zawierać orzeczenie lekarskie

Po uzupełnieniu wymaganych danych należy wybrać rozstrzygnięcie odpowiadające stanowi zdrowia osoby badanej. Na podstawie przeprowadzonego badania lekarz może orzec:

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych, czyli zdolność danej osoby do wykonywania lub podjęcia pracy na określonym stanowisku.
2. Istnienie przeciwwskazań zdrowotnych, czyli niezdolność danej osoby do wykonywania lub podjęcia pracy na określonym stanowisku.
3. Istnienie przeciwwskazań zdrowotnych, oznaczające, że dana osoba utraciła zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy – w takim przypadku należy dodatkowo wskazać dzień utraty tej zdolności.

Poniżej treści orzeczenia należy podać datę następnego badania okresowego. Trzeba również wskazać, czy ze względu na warunki pracy pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikowi okulary lub szkła kontaktowe korygujące wzrok.

Jakie dane lekarza muszą znaleźć się w orzeczeniu

Na końcu orzeczenia należy podać miejscowość i datę jego sporządzenia. Dokument musi również zawierać oznaczenie lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne oraz zostać przez niego podpisany w sposób właściwy dla postaci, w której został wystawiony. Oznaczenie lekarza obejmuje jego imię lub imiona i nazwisko, a także:

- dwucyfrowy symbol województwa;
- wskazanie dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych wraz z ich symbolami określonymi w rozporządzeniu, np. specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy lub medycyny przemysłowej – 1, specjalizacja w dziedzinie higieny pracy – 2, sześcioletni staż pracy oraz dwie ostatnie cyfry roku, w którym lekarz odbył wymagane przeszkolenie – 6 xx;
- liczbę porządkową z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy;
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza przeprowadzającego badanie.

Zobacz powiązane materiały na Dokmed24.pl

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 607 ze zm.).

Przychodnia Medycyny Pracy
ul. Miła 1/1
00-100 Łódź
tel. 42 400 70 70
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą przeprowadzającego badanie profilaktyczne)

Rodzaj badania profilaktycznego:
~~wstępne~~/okresowe/~~kontrolne~~*)

ORZECZENIE LEKARSKIE NR *123/2026*

wydane na podstawie skierowania na badania lekarskie z dnia *20.05.2026 r.*

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 277 z późn. zm.), orzeka się, że:

Pan(i) *Jan Franciszek Kowalski*, nr PESEL**) *80010100000*, zamieszkały(-ła) w *Łodzi (00-100), ul. Długa 1/2*,
(imię (imiona) i nazwisko) (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudniony~~(-na)~~/~~przyjmowany(-na)~~*) do pracy w *HURTEX sp. z o.o., ul. Krótka 1/1, 00-100 Łódź*
(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku~~/stanowiskach/stanowisko/stanowiska~~ *Magazynier*

- ■ wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny~~(-na)~~ do wykonywania~~/podjęcia~~*) pracy na określonym stanowisku (symbol 21)*),
- ■ ~~wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do wykonywania/podjęcia*) pracy na określonym stanowisku (symbol 22)*);~~
- ■ ~~wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem ..... (symbol 23)*):~~

Data następnego badania okresowego: *22.05.2028 r.*

Zalecenia lekarza dla pracodawcy wynikające z warunków pracy dotyczące zapewnienia pracownikowi okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 237^{15} § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy – ~~TAK~~/NIE*)

Łódź, 22.05.2026 r. *Stanisław Nowak 1*
(miejscowość, data) (podpis i oznaczenie lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne)***)

WYJAŚNIENIE DO WZORU ORZECZENIA LEKARSKIEGO NA STR. 14

Pouczenie:

1. Osoba badana lub pracodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego wnieść odwołanie wraz z jego uzasadnieniem za pośrednictwem podstawowej jednostki służby medycyny pracy, w której orzeczenie zostało wydane, do jednego z podmiotów odwoławczych, którymi są:

1) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy właściwe ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony pracownik;
2) instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy lub Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy;
3) Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy;
4) podmioty lecznicze utworzone i wyznaczone przez Ministra Obrony Narodowej;
5) podmiot leczniczy utworzony i nadzorowany przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu i Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego, jeżeli odwołanie dotyczy funkcjonariusza tych służb.

2. Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwołania jest ostateczne.

Symbole rodzaju orzeczenia:

21 – wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy,

22 – wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy,

23 – wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy.

Objaśnienia:

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania.

***) Należy zamieścić oznaczenie zgodnie z § 3 ust. 4a pkt 14 rozporządzenia.

****) Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym.

1. Podać należy imię (imiona) i nazwisko oraz oznaczenie lekarza obejmujące:

a) dwucyfrowy symbol województwa;

b) wskazanie dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych wraz z ich symbolami:
   - specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy lub medycyny przemysłowej – 1,
   - specjalizacja w dziedzinie higieny pracy – 2,
   - specjalizacja w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej – 3,
   - specjalizacja w dziedzinie medycyny kolejowej – 4,
   - specjalizacja w dziedzinie medycyny lotniczej – 5,
   - 6-letni staż pracy; xx ostatnie dwie cyfry roku, w którym lekarz odbył wymagane przeszkolenie – 6 xx,
   - odbywanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy lub medycyny kolejowej - xx ostatnie dwie cyfry roku zakończenia specjalizacji w trybie obowiązujących przepisów – 7 xx,
   - możliwość przeprowadzenia badań profilaktycznych z ograniczeniem czasowym – xx ostatnie dwie cyfry roku upływu okresu ważności – 8 xx,
   - specjalizacja w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej – 9,
   - przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej albo instytucie badawczym w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego – J,
   - przeszkolenie w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników powracających z pracy w warunkach tropikalnych – T,
   - przeszkolenie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej w zakresie badań pracowników wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego – K,
   - możliwość przeprowadzania badań profilaktycznych ograniczona do określonych grup pracowników – M;

c) liczbę porządkową z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy;

d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie.

PYTANIE: Czy szpital dziecięcy musi oceniać ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej i zakażenia przy przyjęciu pacjenta? Czy ocena dotyczy wszystkich grup wiekowych i należy w niej stosować skalę padewską lub Capriniego? Czy indywidualna ocena ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala jest obowiązkowym elementem dokumentacji medycznej?

ODPOWIEDŹ I MARZENA PYTLARZ-PIETRASZKO
radca prawny, Centrum Nowoczesnej Rehabilitacji i Opieki TriVita

Przepisy nie nakładają na szpital dziecięcy obowiązku przeprowadzania u każdego pacjenta formalnej, punktowej oceny ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Nie wskazują również skali, którą należałoby w tym celu stosować. Nie oznacza to jednak, że ryzyko ŻChZZ może zostać pominięte. Z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej i bezpieczeństwa pacjenta szpital powinien wdrożyć procedurę pozwalającą identyfikować dzieci z podwyższonym ryzykiem ŻChZZ. Ocena powinna uwzględniać wiek, stan kliniczny, rodzaj hospitalizacji i planowane leczenie.

Skala padewska czy Capriniego

Żadna z tych skal nie jest obowiązkowym narzędziem oceny ryzyka ŻChZZ w szpitalu dziecięcym. Obie skale zostały opracowane przede wszystkim dla pacjentów dorosłych, dlatego nie powinny być automatycznie stosowane w całej populacji pediatrycznej. Szpital może opracować własny pediatryczny algorytm identyfikowania czynników ryzyka albo zastosować dostępne narzędzie pediatryczne, jeżeli jego wybór znajduje uzasadnienie w aktualnej wiedzy medycznej. Skala punktowa powinna mieć charakter pomocniczy – jej wynik nie zastępuje oceny lekarskiej.

Ocena ryzyka zakażeń jest obowiązkiem szpitala

Odmiennie należy ocenić obowiązki dotyczące zakażeń. Zgodnie z art. 11 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi kierownicy podmiotów leczniczych oraz osoby udzielające świadczeń muszą podejmować działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń. Obejmują one m.in. ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń. Ponadto art. 14 ust. 1 ustawy zobowiązuje kierownika szpitala do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. System obejmuje m.in. ocenę ryzyka, monitorowanie zakażeń i czynników alarmowych, stosowanie odpowiednich procedur oraz prowadzenie kontroli wewnętrznej. Obowiązek ten dotyczy również szpitala dziecięcego. Trzeba jednak odróżnić systemową ocenę ryzyka zakażeń od indywidualnej, punktowej oceny każdego przyjmowanego pacjenta.

Czy ocena ryzyka zakażenia musi znaleźć się w historii choroby

Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej nie wymaga dołączania do historii choroby odrębnego formularza ani punktowej skali ryzyka zakażenia. W dokumentacji należy jednak odnotować okoliczności istotne dla bezpieczeństwa epidemiologicznego i procesu leczenia, np. podejrzenie choroby zakaźnej, objawy infekcji, kontakt z czynnikiem zakaźnym, konieczność izolacji lub zastosowania szczególnych środków ostrożności.

PYTANIE: Czy oświadczenie o wypisie ze szpitala na własne żądanie może zostać wygenerowane w systemie i przedstawione pacjentowi do podpisu? Czy ze względów dowodowych pacjent powinien własnoręcznie napisać całą treść oświadczenia, czy wystarczy jego podpis na przygotowanym formularzu?

ODPOWIEDŹ I DOROTA KACZMARCZYK-SZCZUREK
radca prawny przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Krakowie

Pacjent nie musi własnoręcznie sporządzać całej treści oświadczenia o wypisie ze szpitala na własne żądanie. Dokument może zostać przygotowany przez podmiot leczniczy, także wygenerowany w systemie, a następnie przedstawiony pacjentowi do przeczytania i podpisania.

Zgodnie z art. 29 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej pacjent żądający wypisu powinien zostać poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń. Następnie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. Przepis wymaga formy pisemnej, ale nie nakazuje pacjentowi własnoręcznego napisania całego dokumentu. Wystarczy jego podpis pod przygotowaną treścią.

Gotowy formularz jest rozwiązaniem bezpieczniejszym organizacyjnie – pozwala uwzględnić wszystkie istotne informacje i ogranicza ryzyko, że oświadczenie pacjenta będzie nieczytelne lub niepełne. Powinien zawierać potwierdzenie żądania wypisu oraz poinformowania pacjenta o możliwych konsekwencjach przerwania leczenia, a także datę i godzinę oraz podpis pacjenta. Jeżeli pacjent odmawia podpisania dokumentu, lekarz powinien odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej wraz z informacją o przekazanym pouczeniu.

W kolejnym numerze

Co dzieje się prawnie i organizacyjnie, gdy placówka dopuszcza AI do procesu tworzenia dokumentacji medycznej

Asystent AI dopisał objaw, którego pacjent nie zgłaszał. Kto powinien wychwycić błąd? Czy pacjent powinien wiedzieć, że rozmowę podczas wizyty analizuje AI

Praktyczna lista kontrolna: Zanim dopuścisz asystenta AI do dokumentacji, sprawdź tych 12 zagadnień

Wiedza i Praktyka sp. z o.o.
ul. Łotewska 9A, 03-918 Warszawa
NIP: 526-19-92-256
Redaktor prowadząca: Angelika Zdankiewicz-Staniszkis
Menedżer produktu: Anna Wolak
Koordynacja produkcji: Mariusz Jezierski, Magdalena Huta
Korekta: Zespół
Projekt graficzny publikacji: Magdalena Huta
Skład i łamanie: Triograf, Dariusz Kołacz
Drukarnia: KRM Druk
Nakład: 1100 egz.
Nr rejestrowy BDO: 000008579
ISSN: 2451-0661
E-mail do redakcji: dokmed24@wip.pl

Publikacja „Dokumentacja Medyczna w Praktyce" wraz z przysługującymi Czytelnikom innymi elementami dostępnymi w subskrypcji (e-letter, www i inne) są chronione prawem autorskim. Przedruk i sprzedaż tych materiałów bez zgody wydawcy są zabronione. Zakaz nie dotyczy cytowania publikacji z powołaniem się na źródło.
Publikację „Dokumentacja Medyczna w Praktyce" przygotowano z zachowaniem najwyższej staranności i wykorzystaniem wysokich kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia autorów oraz konsultantów. Zaproponowane w publikacji „Dokumentacja Medyczna w Praktyce" i w innych dostępnych elementach subskrypcji wskazówki, porady i interpretacje nie mają charakteru porady prawnej i dotyczą sytuacji typowych. Ewentualne zastosowanie się do nich powinno być skonsultowane z wykwalifikowanym specjalistą lub ekspertem w celu uwzględnienia indywidualnych okoliczności związanych z daną sprawą. W związku z tym zastosowanie lub wykorzystanie w jakikolwiek sposób informacji zawartych w tych materiałach następuje na własne ryzyko i odpowiedzialność osoby tego dokonującej. Publikowane rozwiązania nie mogą być traktowane jako oficjalne stanowiska organów i urzędów państwowych.
Informacje o prenumeracie:
tel.: 22 518 29 29
faks: 22 617 60 10
www.formularze.wip.pl
Czynne pon.–pt. w godz. 8.00–16.00
Poza godzinami pracy można pozostawić wiadomość w skrzynce głosowej

