

 ZABOBRZE centrum medyczne	CENTRUM MEDYCZNE ZABOBRZE		Data wydania: 05.10.2026	
	Magdalena Makiela-Wychota i Wspólnicy		Nr: RO/CM	Wydanie: 2
	Spółka Jawna		Str. 1 z 12	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka medyczna
i opieka psychiatryczna

Data przyjęcia: 05.10.2026 Data wejścia w życie: 05.10.2026

Spis treści

- § 1. Podmiot i zakres regulaminu
- § 2. Podstawy prawne
- § 3. Cele oraz rodzaj i zakres działalności
- § 4. Struktura, miejsca świadczeń i zadania komórek organizacyjnych
- § 5. Kierowanie i odpowiedzialność organizacyjna
- § 6. Zadania oraz prawa i obowiązki personelu
- § 7. Czas udzielania świadczeń oraz zasady rejestracji
- § 8. Organizacja świadczeń specjalistycznych i zabiegowych
- § 9. Diagnostyka medyczna
- § 10. Opieka psychiatryczna i psychologiczna
- § 11. Oddział dzienny psychiatryczny
- § 12. Współdziałanie i ciągłość opieki
- § 13. Dostępność oraz prawa i obowiązki pacjentów
- § 14. Dokumentacja i ochrona danych
- § 15. Jakość i bezpieczeństwo
- § 16. Monitoring wizyjny
- § 17. Finansowanie i świadczenia odpłatne
- § 18. Skargi i wnioski
- § 19. Przyjęcie, załączniki i aktualizacja

 ZABOBRZE centrum medyczne	CENTRUM MEDYCZNE ZABOBRZE		Data wydania: 05.10.2026
			Nr: RO/CM Wydanie: 2
			Str. 2 z 12

§ 1. Podmiot i zakres regulaminu

1. Podmiotem leczniczym jest Centrum Medyczne Zabobrze sp.j., z siedzibą przy ul. Michała Kleofasa Ogińskiego 1B, 58-506 Jelenia Góra, zwana dalej „Centrum”. NIP: 6112474284. Numer księgi RPWDL: 000000001348; organ rejestrowy: Wojewoda Dolnośląski.
2. Centrum prowadzi zakład leczniczy NZOZ „PRZYCHODNIA ZABOBRZE-1”, w którym działa jednostka organizacyjna NZOZ „Przychodnia Zabobrze-1”. Regulamin obejmuje działalność Centrum w obu lokalizacjach: przy ul. Wiejskiej 11 oraz ul. Michała Kleofasa Ogińskiego 1B w Jeleniej Górze.
3. Regulamin określa cele i zadania, strukturę, zakres i miejsca świadczeń, sposób kierowania, zadania personelu, organizację obsługi pacjenta oraz współpracę komórek. Obowiązuje osoby zatrudnione i współpracujące z Centrum; pacjentów i osoby towarzyszące dotyczą zasady korzystania ze świadczeń.
4. Określenie „Zarządzający” oznacza osoby uprawnione do kierowania Centrum i reprezentowania go na zewnątrz, zgodnie z umową spółki, przepisami i aktualnymi zasadami reprezentacji. Pełnią one funkcję kierownika podmiotu w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.

§ 2. Podstawy prawne

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
6. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
7. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.
8. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.
9. Ustawa z dnia 23 stycznia 2026 r. o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów – w zakresie przepisów, które weszły w życie.
10. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe.
11. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
12. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
13. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
16. Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
17. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.
18. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

§ 3. Cele oraz rodzaj i zakres działalności

1. Celem Centrum jest zachowanie i poprawa zdrowia, profilaktyka, rozpoznawanie i leczenie chorób, rehabilitacja psychiatryczna, edukacja zdrowotna oraz zapewnienie ciągłości i bezpieczeństwa opieki.
2. Centrum udziela ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i diagnostycznych oraz świadczeń psychiatrycznych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych. Zakres obejmuje konsultacje lekarskie,

porady pielęgniarskie, opiekę położnej, w szczególności porady dla kobiet ciężarnych, porady dietetyka, pomoc psychologiczną, psychoterapię realizowaną przez osoby posiadające właściwe kwalifikacje, terapię zajęciową, świadczenia logopedyczne, diagnostykę obrazową i czynnościową oraz zabiegi ambulatoryjne.

3. Świadczenia udzielane są w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie. Rejestracja wskazuje pacjentowi sposób finansowania konkretnego świadczenia. Wpis komórki do RPWDL nie oznacza finansowania wszystkich jej świadczeń przez NFZ.

4. Zakres świadczeń odpowiada wpisowi do RPWDL, kwalifikacjom personelu, wyposażeniu, wymaganym zezwoleniom i warunkom umów. Uruchomienie nowego zakresu wymaga uprzedniego zapewnienia tych warunków i dokonania wymaganych zmian rejestrowych.

§ 4. Struktura, miejsca świadczeń i zadania komórek organizacyjnych

1. W ramach jednostki organizacyjnej Centrum funkcjonują poradnie, pracownie i gabinety diagnostyczno-zabiegowe oraz oddział dzienny psychiatryczny. Organizację według lokalizacji określa poniższy wykaz.

Lokalizacja i obszar	Komórki i zakres organizacyjny
ul. Wiejska 11 Poradnie specjalistyczne	Poradnie: ginekologiczno-położnicza, okulistyczna, dermatologiczna, chirurgiczna, ortopedyczna, laryngologiczna, pulmonologiczna, reumatologiczna, alergologiczna, diabetologiczna, endokrynologiczna, angiologiczna, nefrologiczna, chirurgii naczyniowej, logopedyczna, proktologiczna, preluksacyjna, neurologiczna, dietetyczna i neurochirurgiczna.
ul. Wiejska 11 Diagnostyka i zabiegi	Pracownie: USG, rentgenodiagnostyki, badań elektrofizjologicznych, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy ogólny oraz gabinety dla poradni: ginekologiczno-położniczej, okulistycznej, dermatologicznej, chirurgicznej, ortopedycznej, neurologicznej, laryngologicznej, pulmonologicznej, reumatologicznej, angiologicznej, proktologicznej, preluksacyjnej, endokrynologicznej, chirurgii naczyniowej, urologicznej, alergologicznej, diabetologicznej i neurochirurgicznej.
ul. Ogińskiego 1B Poradnie i gabinety	Poradnie: zdrowia psychicznego i psychologiczna. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dla poradni zdrowia psychicznego.
ul. Ogińskiego 1B Opieka dzienna psychiatryczna	Oddział dzienny psychiatryczny oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowy dla oddziału dziennego psychiatrycznego.

2. Personel medyczny pracujący w poradniach ocenia stan zdrowia pacjentów, planuje i realizuje diagnostykę oraz leczenie w zakresie danej specjalności, prowadzi dokumentację i ustala dalsze postępowanie. Każda osoba wykonuje czynności w granicach swoich kompetencji i odpowiada za własne działania zgodnie z przepisami.

3. W gabinetach diagnostyczno-zabiegowych i pracowniach diagnostycznych lekarze, pielęgniarki, położne, elektrolodzy i pozostały uprawniony personel przygotowują pacjentów oraz wykonują badania, zabiegi i inne świadczenia w granicach swoich kwalifikacji. Lekarze kwalifikują pacjentów do

zabiegów, wykonują zabiegi lekarskie, oceniają wyniki badań i ustalają dalsze postępowanie. Personel zapewnia kontrolę jakości badań, dokumentowanie świadczeń, przekazanie wyników oraz wymaganą obserwację pacjentów po badaniu lub zabiegu. Zasady organizacji diagnostyki określa § 9, a pracy zespołów psychiatrycznych § 10 i § 11.

4. Pracownicy rejestracji prowadzą zapisy na świadczenia, obsługują system bileterki, rejestrację internetową oraz system potwierdzania wizyt za pośrednictwem asystenta głosowego (voicebota). Udzielają pacjentom informacji, pomagają w potwierdzaniu obecności w placówce i załatwiają pozostałe sprawy organizacyjne związane z obsługą pacjentów.

5. Personel administracyjny, rozliczeniowy, informatyczny, techniczny i porządkowy wykonuje powierzone zadania wspierające udzielanie świadczeń, ochronę danych i utrzymanie bezpiecznych warunków pracy. Zakresy odpowiedzialności ustala Zarządający.

6. Personel poszczególnych komórek współpracuje przy przekazywaniu pacjentów, zleceń i wyników oraz kontynuacji opieki. Organizację pracy określają harmonogramy, zakresy obowiązków i procedury odpowiednie do świadczeń.

7. Świadczenia na odległość organizuje się w miejscu przebywania osoby udzielającej świadczenia, z zapewnieniem poufności i dostępu do dokumentacji. Świadczenia w miejscu pobytu pacjenta realizuje się w zakresach i sytuacjach przewidzianych zasadami danego świadczenia.

§ 5. Kierowanie i odpowiedzialność organizacyjna

1. Zarządzający ustala organizację Centrum, zapewnia personel, pomieszczenia, sprzęt, wymagane ubezpieczenie oraz środki na bezpieczne udzielanie świadczeń. Przyjmuje regulaminy i cenniki, nadzoruje realizację umów NFZ, zgodność wpisów rejestrowych, jakość i prawa pacjenta.

2. Bieżącą organizację pracy wspiera koordynator ds. organizacji pracy przychodni. Koordynuje rejestrację, harmonogramy, przepływ pacjentów, zastępstwa i obsługę zgłoszeń organizacyjnych. Działa w granicach pisemnych upoważnień; nie zastępuje osób uprawnionych do zarządzania spółką ani nie podejmuje decyzji medycznych z racji samego stanowiska.

3. Zarządzający wyznacza osoby odpowiedzialne za nadzór medyczny nad poradniami, pracownikami i oddziałem dziennym, odpowiednio do wymaganych kwalifikacji. Organizację leczenia psychiatrycznego nadzoruje wyznaczony lekarz psychiatra. Nadzór nad pracą personelu pielęgniarzkiego i diagnostyką powierzany jest osobom o kwalifikacjach właściwych dla danego zakresu.

4. Zakresy obowiązków, odpowiedzialność za wyniki badań, przekazywanie informacji pilnych, zastępstwa i upoważnienia określa się pisemnie. Nieobecność osoby prowadzącej nie może uniemożliwiać reakcji na pilny wynik lub zagrożenie zdrowia.

5. Przed dopuszczeniem do udzielania świadczeń weryfikuje się wymagane kwalifikacje, prawo wykonywania zawodu, wpisy do właściwych rejestrów i warunki kontraktowe. Dotyczy to również osób współpracujących na podstawie umów cywilnoprawnych. Osoby dopuszczane do pracy z małoletnimi podlegają weryfikacji wymaganej przepisami.

§ 6. Zadania oraz prawa i obowiązki personelu

1. Lekarz przeprowadza wywiad i badanie, ustala rozpoznanie, zleca i interpretuje badania, prowadzi leczenie i wykonuje zabiegi w granicach kwalifikacji. Informuje pacjenta, uzyskuje wymaganą zgodę, wystawia dokumenty w zakresie uprawnień, prowadzi dokumentację oraz ustala kontrolę i dalszą opiekę. Lekarz psychiatra odpowiada za medyczną ocenę stanu psychicznego, farmakoterapię, kwalifikację do właściwej formy leczenia oraz ocenę zagrożenia dla zdrowia lub życia.

2. Pielęgniarka rozpoznaje potrzeby pielęgnacyjne, przygotowuje pacjenta do badań i zabiegów, wykonuje czynności profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze i pielęgnacyjne samodzielnie albo na zlecenie w granicach uprawnień. Obserwuje stan pacjenta, prowadzi edukację i dokumentację oraz reaguje na pogorszenie stanu zdrowia. W opiece psychiatrycznej współpracuje z zespołem terapeutycznym, monitoruje bezpieczeństwo i tolerancję leczenia oraz wspiera samoopiekę.

3. Położna udziela porad przede wszystkim kobietom ciężarnym, rozpoznaje ich potrzeby zdrowotne, prowadzi edukację dotyczącą ciąży, przygotowania do porodu i porodu oraz wykonuje świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne i pielęgnacyjne w granicach uprawnień. Współpracuje z lekarzem i pozostałym personelem oraz prowadzi dokumentację udzielonych świadczeń.
4. Dietetyk ocenia sposób żywienia i potrzeby żywieniowe pacjenta, opracowuje indywidualne zalecenia oraz prowadzi edukację i kontrolę ich realizacji. Uwzględnia rozpoznane choroby, zalecenia lekarskie i możliwości pacjenta, współpracuje z zespołem oraz dokumentuje świadczenia. Porady finansowane przez NFZ realizuje wyłącznie w zakresach przewidzianych właściwą umową.
5. Elektromedycyna, w tym osoba z kwalifikacjami technika elektromedycyny, przygotowuje pacjenta i aparaturę, wykonuje badania i czynności zawodowe odpowiednie do kwalifikacji oraz zakresu pracowni, ocenia techniczną jakość uzyskanych danych i prowadzi dokumentację techniczną. Przestrzega zasad ochrony radiologicznej, bezpieczeństwa rezonansu magnetycznego, kontroli jakości i identyfikacji pacjenta. Zgłasza przeciwwskazania, nieprawidłowości i awarie. Opis lekarski oraz decyzje diagnostyczne należą do uprawnionego lekarza; czynności wykonywane na zlecenie lub pod nadzorem realizuje zgodnie z właściwymi przepisami.
6. Psycholog prowadzi diagnozę psychologiczną, poradnictwo, wsparcie, interwencje i inne świadczenia zgodne z kwalifikacjami oraz zakresem stanowiska. Współtworzy plan terapii, ocenia funkcjonowanie i postępy pacjenta, współpracuje z lekarzem i zespołem oraz prowadzi dokumentację z zachowaniem tajemnicy. Prowadzenie psychoterapii wymaga odrębnego spełnienia kwalifikacji właściwych dla tego świadczenia; sam tytuł psychologa nie zastępuje tych wymagań.
7. Terapeuta zajęciowy ocenia możliwości i potrzeby funkcjonalne pacjenta, planuje i prowadzi terapię zajęciową indywidualną lub grupową oraz treningi wspierające samodzielność i uczestnictwo społeczne. Dobiera bezpieczne aktywności do planu leczenia, ocenia efekty, dokumentuje zajęcia i przekazuje zespołowi istotne obserwacje. Terapia zajęciowa nie zastępuje psychoterapii ani leczenia lekarskiego.
8. Logopeda prowadzi ocenę i terapię zaburzeń mowy oraz komunikacji, zgodnie z kwalifikacjami i zakresem udzielanych świadczeń. Dokumentuje przebieg terapii i współpracuje z pozostałym personelem.
9. Każda osoba udzielająca świadczeń odpowiada za czynności w granicach własnych kompetencji, prowadzenie dokumentacji, tajemnicę, przestrzeganie procedur i zgłaszanie zagrożeń. Zlecenie służbowe lub współpraca zespołowa nie rozszerzają uprawnień zawodowych.
10. Wszystkie osoby zatrudnione i współpracujące są zobowiązane do rzetelnej realizacji powierzonych zadań, poszanowania pacjentów i współpracowników, ochrony tajemnicy oraz przestrzegania zasad bezpieczeństwa, higieny, ochrony danych i organizacji pracy. Obowiązek poufności trwa również po zakończeniu zatrudnienia lub współpracy.
11. Personel zgłasza przełożonemu lub osobie wyznaczonej zagrożenia, awarie, zdarzenia niepożądane, naruszenia poufności i przeszkody w realizacji świadczeń. Przekazanie obowiązków obejmuje sprawy pilne, oczekujące wyniki i zadania wymagające kontynuacji, z zachowaniem bezpieczeństwa danych.
12. Osoby wykonujące zadania mają prawo do poszanowania godności, bezpiecznych warunków pracy, niezbędnych informacji, sprawnego wyposażenia i środków ochrony odpowiednich do zagrożeń oraz jasnego określenia odpowiedzialności. Mogą zgłaszać uwagi i propozycje usprawnień organizacyjnych.
13. Personel medyczny zachowuje samodzielność zawodową w granicach prawa i kompetencji. Wątpliwości dotyczące zlecenia wyjaśnia z osobą zlecającą. Odmowę wykonania czynności lub odstąpienie od świadczenia realizuje wyłącznie na zasadach właściwych przepisów zawodowych, z zapewnieniem wymaganej informacji, dokumentacji i ciągłości pomocy.
14. Pracownicy korzystają z praw wynikających z prawa pracy, w tym do wynagrodzenia, odpoczynku, równego traktowania i ochrony przed mobbingiem. Prawa oraz obowiązki współpracowników wynikają z

	CENTRUM MEDYCZNE ZABOBRZE		Data wydania: 05.10.2026
			Nr: RO/CM Wydanie: 2
			Str. 6 z 12

właściwych przepisów i zawartych umów. Regulamin organizacyjny nie zastępuje regulaminu pracy, regulaminu wynagradzania ani indywidualnych umów.

15. Centrum organizuje zapoznanie personelu z procedurami i szkolenia niezbędne do powierzonych zadań. Osoby wykonujące zawody medyczne realizują obowiązek doskonalenia zawodowego w zakresie wynikającym z przepisów ich zawodu.

§ 7. Czas udzielania świadczeń oraz zasady rejestracji

1. Rejestracja odbywa się osobiście, telefonicznie, przez osobę trzecią oraz przez udostępnione kanały elektroniczne. Przy zapisie ustala się rodzaj świadczenia, miejsce, termin, sposób finansowania, potrzebę skierowania i przygotowanie. Aktualne godziny rejestracji oraz przyjęć wynikają z harmonogramów zatwierdzonych przez Zarządzającego i zgodnych z umowami NFZ.

2. Przy świadczeniach finansowanych publicznie weryfikuje się uprawnienia i skierowanie, jeżeli jest wymagane, z uwzględnieniem wyjątków ustawowych. Brak potwierdzenia uprawnienia w eWUŚ wymaga zastosowania dopuszczalnego prawem sposobu jego wyjaśnienia. O pilności i medycznej zasadności świadczenia decyduje personel medyczny.

3. Kolejność przyjęć uwzględnia terminy, wskazania medyczne i ustawowe uprawnienia do świadczeń poza kolejnością. Listy oczekujących, harmonogramy przyjęć i centralną e-rejestrację prowadzi się w zakresie i od terminów wymaganych przepisami. Świadczenia prywatne nie mogą ograniczać realizacji zobowiązań wobec NFZ.

4. Pacjent otrzymuje informację o zmianie lub odwołaniu terminu i dalszym sposobie uzyskania świadczenia. O rezygnacji z wizyty powinien poinformować rejestrację możliwie wcześniej. Centrum organizuje zastępstwo lub nowy termin z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych pacjenta.

5. Centrum korzysta z systemu bileterki. Pacjent pobiera bilet do rejestracji, a obecność na umówionej wizycie potwierdza przez wprowadzenie numeru PESEL. Pracownik rejestracji wzywa pacjenta do stanowiska rejestracji; lekarz lub personel gabinetu diagnostyczno-zabiegowego wzywa go odrębnie na świadczenie. Pacjent kieruje się numerem biletu i komunikatem wskazującym właściwe stanowisko lub gabinet. Publicznie nie wyświetla się numeru PESEL ani informacji o rozpoznaniu. Przy braku PESEL, trudnościach z obsługą urządzenia lub awarii pracownik rejestracji pomaga i potwierdza obecność w inny sposób.

6. Centrum korzysta z systemu automatycznego asystenta głosowego. Pacjent jest informowany o rozmowie z automatem. Jeżeli nie chce lub nie rozumie asystenta, zapewnia się kontakt z rejestracją, w godzinach jej pracy przez przełączenie, a gdy nie jest to możliwe – przez uzgodnione oddzwonienie lub podanie sposobu kontaktu. Brak odpowiedzi na połączenie sam w sobie nie oznacza rezygnacji z wizyty. Asystent nie podejmuje decyzji klinicznych.

7. Dni i godziny pracy rejestracji, poradni, pracowni i oddziału określają aktualne harmonogramy zatwierdzone przez Zarządzającego. Harmonogram wskazuje lokalizację, zakres świadczeń i dostępność personelu; w świadczeniach finansowanych publicznie pozostaje zgodny z umową NFZ i wymaganymi zgłoszeniami zmian.

8. Informacje o godzinach pracy i zmianach udostępnia się w obu placówkach, przez rejestrację i na stronie internetowej. W razie nieobecności personelu lub awarii wyznacza się zastępstwo albo uzgadnia nowy termin i informuje pacjentów. Zmiana harmonogramu nie może prowadzić do zaniechania działań niezbędnych w sytuacji nagłego zagrożenia.

9. Przy zapisie przekazuje się wymagania dotyczące dokumentów, przygotowania do badania i zgłoszenia się przed świadczeniem. Spóźnienie pacjenta wymaga uzgodnienia możliwości przyjęcia, z uwzględnieniem bezpieczeństwa procedury, innych umówionych pacjentów i pilności medycznej; nie stanowi samoistnej podstawy odmowy pomocy w stanie nagłym.

§ 8. Organizacja świadczeń specjalistycznych i zabiegowych

1. Przed świadczeniem personel potwierdza tożsamość pacjenta, zapoznaje się z dostępną dokumentacją, ocenia potrzeby i wskazania oraz przekazuje informację umożliwiającą świadomą decyzję. Zgodę uzyskuje się od osoby uprawnionej w wymaganej prawem formie.
2. Lekarz ustala plan diagnostyki i leczenia, wykonuje lub zleca świadczenia, analizuje wyniki i określa dalsze postępowanie. Centrum zapewnia badania niezbędne i należne w ramach realizowanego świadczenia finansowanego przez NFZ na zasadach właściwej umowy, we własnym zakresie albo przez uprawnionego podwykonawcę.
3. Zabiegi ambulatoryjne wykonuje się po kwalifikacji, ocenie ryzyka i przeciwwskazań, z zapewnieniem odpowiedniego personelu, aseptyki, sprzętu i gotowości do pomocy w razie powikłań. Po zabiegu prowadzi się obserwację w zakresie wynikającym ze stanu pacjenta i rodzaju procedury oraz przekazuje zalecenia.
4. Pacjent otrzymuje informacje o leczeniu, kontroli, odbiorze wyników i objawach wymagających pilnej pomocy. Jeżeli potrzebna jest opieka wykraczająca poza możliwości Centrum, personel kieruje do właściwego świadczeniodawcy lub organizuje pomoc w trybie nagłym.
5. Poradę na odległość stosuje się, jeżeli dopuszczają ją zasady świadczenia i pozwala ona bezpiecznie osiągnąć cel medyczny. Zapewnia się identyfikację, poufność i dokumentację. Jeżeli ocena zdalna jest niewystarczająca, organizuje się kontakt bezpośredni albo inną odpowiednią pomoc.

§ 9. Diagnostyka medyczna

1. Centrum zapewnia diagnostykę obrazową, w szczególności RTG, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny i USG, a także badania elektrofizjologiczne oraz badania czynnościowe właściwe dla poradni. Densytometrię realizuje się w ramach właściwej pracowni, z zachowaniem wymagań dla stosowanej metody. Badania laboratoryjne zapewnia się we współpracy z uprawnionymi wykonawcami, stosownie do zakresu świadczenia.
2. Przed badaniem potwierdza się tożsamość, zakres i stronę badania, wymagane skierowanie, przygotowanie i przeciwwskazania. Kwalifikację oraz zgodę organizuje się odpowiednio do metody, wieku i stanu pacjenta. Pacjent otrzymuje informację o przebiegu badania, ryzyku i dalszym postępowaniu.
3. W badaniach z promieniowaniem jonizującym zapewnia się wymagane zezwolenia i zgody, uzasadnienie oraz optymalizację ekspozycji, procedury radiologiczne, kontrolę jakości, testy i wymagany nadzór ochrony radiologicznej. Szczególną ochronę uwzględnia się u dzieci i kobiet w ciąży; personel ustala istotne informacje przed ekspozycją.
4. W rezonansie magnetycznym obowiązuje kontrola dostępu do stref pola magnetycznego oraz weryfikacja implantów, urządzeń i przedmiotów mogących stwarzać zagrożenie. Do pomieszczeń pracowni wprowadza się tylko sprzęt dopuszczony do stosowania w danej strefie.
5. Podanie środka kontrastowego wymaga oceny wskazań i ryzyka przez uprawniony personel, wymaganej zgody, właściwego nadzoru i zabezpieczenia na wypadek reakcji niepożądaney. Lek, dawkę i istotne zdarzenia odnotowuje się w dokumentacji. Zakres obserwacji po badaniu odpowiada stanowi pacjenta i zastosowanej procedurze.
6. Badanie kończy się sporządzeniem wyniku lub opisu przez osobę uprawnioną oraz przekazaniem go pacjentowi lub osobie uprawnionej. Sposób i przewidywany termin odbioru podaje się przy badaniu. Wynik wymagający pilnej reakcji przekazuje się niezwłocznie lekarzowi odpowiedzialnemu lub zastępcy; w razie potrzeby kontaktuje się z pacjentem i organizuje dalszą pomoc. Przekazanie i podjęte działania dokumentuje się.

§ 10. Opieka psychiatryczna i psychologiczna

1. Personel poradni zdrowia psychicznego prowadzi ocenę stanu psychicznego, diagnostykę, leczenie, konsultacje i kontrolę efektów terapii. Lekarz psychiatra, psycholog, pielęgniarka i pozostałe osoby uczestniczące w opiece współpracują zgodnie z kompetencjami i indywidualnymi potrzebami pacjenta.
2. Pomoc psychologiczna i psychoterapia obejmują świadczenia indywidualne, rodzinne lub grupowe odpowiednio do kwalifikacji personelu, wskazań i zakresu działalności. Udział bliskich i przekazywanie im informacji odbywają się za zgodą pacjenta albo na innej podstawie prawnej.
3. Pacjent otrzymuje informację o celu, formie i zasadach leczenia. Rozpoznanie zaburzenia psychicznego nie oznacza samo w sobie utraty prawa do informacji, decydowania i prywatności. Zgody i ewentualne postępowanie bez zgody podlegają ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i innym właściwym przepisom.
4. W razie ryzyka samobójczego, gwałtownego pogorszenia lub zagrożenia dla innych osób personel zapewnia pilną ocenę i organizuje pomoc adekwatną do ryzyka, w tym kontakt z ratownictwem medycznym lub odpowiednią placówką. Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie w ustawowych przypadkach, przez osoby uprawnione, z wymaganym nadzorem i dokumentacją; regulamin nie tworzy dodatkowych uprawnień do jego stosowania.

§ 11. Oddział dzienny psychiatryczny

1. Przyjęcie następuje po kwalifikacji przez uprawnionego lekarza, na podstawie wskazań, wymaganych dokumentów i zgody pacjenta, zgodnie z zasadami właściwego świadczenia. Ocenia się, czy stan pacjenta pozwala na bezpieczne leczenie w trybie dziennym i pobyt poza oddziałem po zakończeniu zajęć.
2. Zespół terapeutyczny opracowuje indywidualny plan leczenia, obejmujący odpowiednio opiekę lekarską i pielęgniarską, pomoc psychologiczną, psychoterapię, terapię zajęciową i edukację. Wyznacza cele, formy zajęć i sposób oceny postępów. Pacjent poznaje zasady pobytu, harmonogram oraz sposób zgłaszania nieobecności i trudności.
3. Pracę oddziału organizuje się w dni i godziny określone w zatwierdzonym harmonogramie, przy zapewnieniu wymaganej obsady i czasu świadczeń wynikających z umowy NFZ. Oddział zapewnia opiekę w trybie dziennym i nie organizuje noclegów. Obecność, wykonane świadczenia i przebieg leczenia dokumentuje się zgodnie z właściwymi wymaganiami.
4. Zajęcia grupowe odbywają się w warunkach poufności i spokoju. Wizyty osób bliskich oraz wejście osób nieuczestniczących w terapii organizuje się tak, aby chronić prywatność i przebieg zajęć, z poszanowaniem praw pacjenta. Kontrola dostępu nie może uniemożliwiać bezpiecznej ewakuacji ani stanowić samowolnego pozbawienia pacjenta wolności.
5. Zespół okresowo ocenia postępy i adekwatność trybu leczenia. W razie pogorszenia zapewnia niezwłoczną ocenę lekarską i organizuje dalszą pomoc. Zakończenie leczenia obejmuje podsumowanie, zalecenia, informację o dalszych świadczeniach i przekazanie wymaganej dokumentacji. Nieobecność lub naruszenie zasad wymaga indywidualnej oceny, z uwzględnieniem bezpieczeństwa i ciągłości opieki.

§ 12. Współdziałanie i ciągłość opieki

1. Pracownicy i współpracownicy Centrum współpracują przy planowaniu diagnostyki, leczenia, zabiegów i terapii, przekazywaniu zleceń oraz wyników. Informacje udostępnia się wyłącznie osobom uprawnionym, w zakresie koniecznym do wykonania zadania. Zespół psychiatryczny uzgadnia działania na spotkaniach roboczych i dokumentuje istotne ustalenia.
2. Centrum współpracuje z lekarzami POZ, innymi specjalistami, laboratoriami, pracownikami, szpitalami, ratownictwem medycznym i transportem sanitarnym odpowiednio do potrzeb pacjenta. Współpracę z podwykonawcami określają umowy obejmujące zakres, odpowiedzialność, dostępność, przekazywanie wyników i ochronę danych.

 ZABOBRZE centrum medyczne	CENTRUM MEDYCZNE ZABOBRZE		Data wydania: 05.10.2026
			Nr: RO/CM Wydanie: 2
			Str. 9 z 12

3. Przy kierowaniu do innego świadczeniodawcy przekazuje się wymagane skierowania i istotne informacje medyczne. Centrum uwzględnia otrzymane wyniki i zalecenia, zapewniając dalszą opiekę w swoim zakresie. Wspólna marka lub budynek z innym podmiotem nie znosi odrębności dokumentacji, rozliczeń i odpowiedzialności.

§ 13. Dostępność oraz prawa i obowiązki pacjentów

1. Placówki Centrum są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Personel zapewnia pomoc organizacyjną, komunikację odpowiednią do potrzeb i wsparcie w dotarciu do właściwego gabinetu, z poszanowaniem samodzielności i godności. W miejscach wyposażonych w system TOTUPOINT wykorzystuje się go do wspierania orientacji przestrzennej. Korzystanie z urządzeń elektronicznych nie jest warunkiem uzyskania pomocy.

2. Osoba z niepełnosprawnością ma prawo wstępu z psem asystującym, w tym psem przewodnikiem, na zasadach ustawowych. Pies powinien mieć uprząż, a osoba korzystająca z jego pomocy posiadać certyfikat potwierdzający status psa i zaświadczenie o wymaganych szczepieniach weterynaryjnych. Nie wymaga się kagańca ani smyczy. Organizacja konkretnego badania, w tym w pracowni rezonansu, uwzględnia bezpieczeństwo pacjenta i psa oraz zapewnienie potrzebnego wsparcia.

3. Centrum zapewnia poszanowanie godności, intymności, tajemnicy oraz prawa do informacji, zgody lub odmowy, leczenia bólu, dokumentacji i skargi. Obecność osoby bliskiej przy świadczeniu odbywa się na zasadach ustawowych. Personel wyjaśnia pacjentowi proponowane postępowanie w sposób zrozumiały.

4. W przypadku małoletnich informacje i zgody uzyskuje się od osoby uprawnionej, z uwzględnieniem współdecydowania pacjenta, który ukończył 16 lat. Dziecko otrzymuje wyjaśnienia dostosowane do wieku i możliwości rozumienia. Centrum stosuje standardy ochrony małoletnich i procedury reagowania na podejrzenie krzywdzenia.

5. Pacjent ma prawo do świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej i udzielanych z należytą starannością, do przejrzystych zasad dostępu oraz do niezwłocznej pomocy w razie zagrożenia zdrowia lub życia, na zasadach ustawowych.

6. Pacjent otrzymuje zrozumiałą informację o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostyki oraz leczenia, następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach i rokowaniu. Może zadawać pytania, wskazać osoby uprawnione do informacji i dokumentacji oraz złożyć oświadczenia przewidziane prawem.

7. Pacjent może wyrazić zgodę na świadczenie, odmówić go lub wycofać zgodę, po uzyskaniu wymaganej informacji; wyjątki określają przepisy. Polecenia organizacyjne personelu nie stanowią zgody na badanie lub leczenie. Dla metod stwarzających podwyższone ryzyko i zabiegów operacyjnych stosuje się wymaganą formę pisemną zgody.

8. Na życzenie pacjenta przy świadczeniu może być obecna osoba bliska. Odmowa jej obecności może nastąpić w przypadkach ustawowych, w szczególności ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub prawdopodobieństwo zagrożenia epidemicznego; przyczynę odnotowuje się w dokumentacji. Obecność osób innych niż niezbędny personel podlega wymaganiom prawa i ochronie intymności.

9. Pacjent przekazuje, w miarę możliwości, rzetelne informacje potrzebne do bezpiecznego świadczenia, w szczególności o objawach, przyjmowanych lekach, alergiach, implantach i innych przeciwwskazaniach. Informuje o zmianach stanu zdrowia i trudnościach w realizacji zaleceń; może odmówić proponowanego postępowania po wyjaśnieniu następstw.

10. Pacjent i osoby towarzyszące przestrzegają zasad bezpieczeństwa, higieny, ciszy i porządku oraz szanują personel i pozostałych pacjentów. Nie utrudniają świadczeń, nie naruszają prywatności innych osób i nie wchodzi bez upoważnienia do pomieszczeń służbowych. Telefony używane są w sposób niezakłócający pracy i terapii.

11. Pacjent korzysta z bileterki i potwierdza obecność zgodnie z § 7 ust. 5, a w razie trudności zgłasza się do pracownika rejestracji, zgłasza rezygnację z terminu i dba o aktualność danych kontaktowych. Opłaty za wybrane świadczenia prywatne uiszcza według uprzednio podanych warunków; świadczeń należnych w ramach NFZ nie uzależnia się od dodatkowej opłaty.

12. Rodzic, przedstawiciel ustawowy lub osoba sprawująca pieczę nad dzieckiem zapewnia nadzór podczas oczekiwania i przemieszczania się po placówce. Podczas świadczenia personel odpowiada za bezpieczeństwo wykonywanych czynności w zakresie swoich zadań. Centrum nie prowadzi odrębnej usługi opieki nad dziećmi pozostawionymi bez opiekuna.

13. Naruszenie zasad porządkowych rozpatruje się indywidualnie, z uwzględnieniem stanu pacjenta i możliwości zrozumienia poleceń. Nie ogranicza ono automatycznie ustawowych praw pacjenta. W razie agresji stosuje się zasady ochrony personelu i organizacji dalszej pomocy określone w § 15.

§ 14. Dokumentacja i ochrona danych

1. Centrum prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w ich obowiązującym brzmieniu. Wpisów dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, z zapewnieniem identyfikacji osoby dokonującej wpisu, integralności i poufności danych. Dokumenty stanowiące elektroniczną dokumentację medyczną (EDM) oraz ich udostępnianie i wymiana spełniają wymagania właściwych przepisów. Dokumentację papierową prowadzi się w przypadkach dopuszczonych prawem.

2. Centrum wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych (IOD), który informuje i doradza w sprawach ochrony danych osobowych, monitoruje przestrzeganie przepisów oraz pełni funkcję punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, i Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe IOD są udostępniane na stronie internetowej Centrum, a informacje umożliwiające kontakt z IOD są dostępne również w rejestracji. Pacjent może kontaktować się z IOD w sprawach przetwarzania swoich danych i realizacji praw wynikających z RODO.

3. Dokumentację udostępnia się bez zbędnej zwłoki pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej i innym podmiotom uprawnionym. Wnioski można składać ustnie, pisemnie lub elektronicznie. Tożsamość i uprawnienie weryfikuje się w sposób adekwatny, bez wymagania zbędnych danych.

4. Stosuje się ustawowe formy udostępniania i zwolnienia z opłat, w tym bezpłatne pierwsze udostępnienie pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie i w sposobach określonych ustawą. Opłaty dopuszczalne prawem określa załącznik nr 1.

5. Dostęp do danych mają osoby upoważnione w zakresie niezbędnym do zadań. Centrum zapewnia zabezpieczenia systemów, kopie zapasowe, kontrolę dostępu do pomieszczeń i serwerowni, bezpieczną komunikację oraz obsługę incydentów. Dokumentację przechowuje przez okresy ustawowe. Szczególną poufność informacji związanych z leczeniem psychiatrycznym zachowuje się zgodnie z właściwymi przepisami.

6. Dokumentację udostępnia się do wglądu, z możliwością sporządzania notatek lub zdjęć, przez wyciągi, odpisy, kopie lub wydruki oraz, stosownie do postaci dokumentacji i wymagań prawa, elektronicznie lub na informatycznym nośniku danych. Oryginały wydaje się tylko w przypadkach przewidzianych ustawą, z zachowaniem wymaganych zabezpieczeń i zasad zwrotu.

7. Udostępnienie rejestruje się w wymaganym wykazie. Odmowę przekazuje się z podaniem przyczyny w wymaganej formie. Po śmierci pacjenta dokumentację udostępnia się osobom uprawnionym z uwzględnieniem sprzeciwów i trybu rozstrzygania sporów przewidzianego ustawą.

§ 15. Jakość i bezpieczeństwo

1. Zarządzający zapewnia wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem w zakresie wymaganym prawem, obejmujący ocenę ryzyka, analizę zdarzeń niepożądanych, skarg i doświadczeń pacjentów oraz działania naprawcze. Wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację i nadzór.
2. Personel stosuje procedury identyfikacji, higieny rąk, zapobiegania zakażeniom, dezynfekcji i sterylizacji, postępowania z odpadami, bezpiecznego stosowania leków oraz kontroli i przeglądów aparatury. Procedury są dostosowane do poradni, pracowni i oddziału dziennego.
3. W sytuacji nagłej personel podejmuje działania odpowiednie do kompetencji i dostępnych bezpiecznych warunków oraz wzywa niezbędne służby. W razie agresji zabezpiecza siebie i innych pacjentów, może przerwać bezpośredni kontakt i wezwać Policję lub zespół ratownictwa medycznego. Dalszą pomoc organizuje się odpowiednio do pilności stanu zdrowia; zdarzenie dokumentuje się.
4. Szczegółowe zasady zachowania, ciszy, porządku, korzystania z telefonów i bezpieczeństwa pobytu określa regulamin organizacyjno-porządkowy Centrum. Nie ogranicza on ustawowych praw pacjenta. Personel zna zasady ewakuacji i postępowania podczas pożaru; podczas pożaru nie korzysta się z windy.

§ 16. Monitoring wizyjny

1. W ogólnodostępnych ciągach komunikacyjnych Centrum stosuje się monitoring wizyjny w zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników, zgodnie z art. 23a ustawy o działalności leczniczej. Monitoring obejmuje obraz, bez nagrywania dźwięku. Zarządzający odpowiada za ocenę niezbędności, proporcjonalności i zgodność jego stosowania z prawem.
2. Monitoring nie obejmuje gabinetów lekarskich i zabiegowych, pomieszczeń terapii indywidualnej i grupowej, toalet, przebieralni ani wydzielonych miejsc zapewniających intymność podczas karmienia i przewijania dzieci. Zakres obrazu ogranicza się do minimum potrzebnego do celu bezpieczeństwa. Nie wykorzystuje się kamer do oceny treści rozmów terapeutycznych ani przebiegu terapii.
3. Strefy monitorowane są oznaczone przed wejściem w zasięg kamer. Osobom przebywającym w Centrum udostępnia się informacje wymagane przez RODO; pracowników informuje się także zgodnie z prawem pracy. W ocenie ryzyka uwzględnia się szczególną ochronę małoletnich oraz pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej. Przy wysokim ryzyku przeprowadza się ocenę skutków dla ochrony danych zgodnie z art. 35 RODO.
4. Administratorem danych z monitoringu prowadzonego przez Centrum jest spółka wskazana w § 1. Dostęp do podglądu i nagrań mają osoby upoważnione. Nagrania zabezpiecza się przed nieuprawnionym dostępem, kopiowaniem i ujawnieniem, nie publikuje się ich, a udostępnienie następuje wyłącznie na właściwej podstawie prawnej, z ochroną praw pozostałych osób.
5. Nagrania wykorzystuje się wyłącznie do celów, dla których je zebrano, i przechowuje przez najkrótszy uzasadniony okres, nie dłużej niż 3 miesiące od dnia nagrania. Następnie są niszczone, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Dokładne obszary obserwacji w obu lokalizacjach, uzasadnienie, ustalony okres przechowywania i zasady zabezpieczenia określa integralny załącznik nr 2. Dla przestrzeni współdzielonych z innym podmiotem określa się rzeczywiste role i odpowiedzialność administratorów.

§ 17. Finansowanie i świadczenia odpłatne

1. Świadczenia należne uprawnionemu pacjentowi w ramach umowy z NFZ udzielane są bezpłatnie. Nie uzależnia się ich od zakupu usług prywatnych ani nie pobiera opłat za elementy, które Centrum ma obowiązek zapewnić w ramach świadczenia finansowanego publicznie.
2. Świadczenia odpłatne udzielane są w przypadkach dopuszczonych prawem. Przed ich wykonaniem pacjent otrzymuje informację o zakresie, cenie i ewentualnych dodatkowych kosztach oraz potwierdza wybór odpłatnego świadczenia. Rejestracja oznacza sposób finansowania; dokumentacja i rozliczenia pozwalają odróżnić świadczenia NFZ od prywatnych i wykluczyć podwójne finansowanie.

3. Terminy i zasoby przeznaczone na świadczenia prywatne organizuje się w sposób nienaruszający umów NFZ i zasad kolejek. W obu trybach obowiązują wymagania bezpieczeństwa, właściwe kwalifikacje, informacja, zgoda i dokumentacja.

4. Wysokość opłat za świadczenia odpłatne i udostępnianie dokumentacji medycznej określa odrębny cennik stanowiący integralny załącznik nr 1. Cennik zatwierdza Zarządzający z podaniem daty obowiązywania. Opłaty za dokumentację nie przekraczają limitów ustawowych; zachowuje się ustawowe zwolnienia. Aktualne opłaty udostępnia się w widocznym miejscu w placówkach oraz na stronie internetowej Centrum.

5. Za świadczenia odpłatne wystawia się dokument rozliczeniowy zgodnie z przepisami, z wyszczególnieniem procedur na wniosek pacjenta. Centrum nie prowadzi przechowywania zwłok i nie pobiera opłat z tego tytułu.

§ 18. Skargi i wnioski

1. Skargi i wnioski można składać w rejestracji, pisemnie do Zarządzającego na adres siedziby Centrum oraz mailowo na adres poczty elektronicznej Centrum udostępniany przez rejestrację. Personel pomaga w złożeniu zgłoszenia osobom ze szczególnymi potrzebami.

2. Zgłoszenia rozpatruje się bez zbędnej zwłoki, przekazując odpowiedź zgłaszającemu. Sprawy dotyczące koordynatora przekazuje się Zarządzającemu. Wyniki analizy wykorzystuje się do poprawy organizacji i jakości opieki.

3. Pacjent może zwrócić się bezpośrednio do Rzecznika Praw Pacjenta, NFZ, organu samorządu zawodowego, Prezesa UODO lub innego właściwego organu. Złożenie skargi nie może pogarszać sposobu traktowania pacjenta.

§ 19. Przyjęcie, załączniki i aktualizacja

1. Regulamin przyjmuje Zarządzający zgodnie z zasadami prowadzenia spraw i reprezentacji spółki. Wchodzi w życie w dniu wskazanym w akcie zatwierdzającym, po zatwierdzeniu załączników. Akt wskazuje poprzedni regulamin organizacyjny, który zostaje zastąpiony.

2. Integralnymi załącznikami do regulaminu są:

a) załącznik nr 1 – Cennik świadczeń odpłatnych i opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, z datą obowiązywania i zatwierdzeniem;

b) załącznik nr 2 – Szczegółowe zasady i obszary monitoringu wizyjnego: wykaz obserwowanych stref w obu lokalizacjach, uzasadnienie, rzeczywisty okres przechowywania nagrań, zasady dostępu, zabezpieczenia i udostępniania oraz odpowiedzialność za system.

3. Zarządzający aktualizuje regulamin po zmianie prawa, struktury, lokalizacji, zakresu działalności lub organizacji udzielania świadczeń. Zmiany załączników zatwierdza się w sposób zapewniający identyfikację wersji i daty obowiązywania. Zmiana regulaminu nie zastępuje wymaganych zgłoszeń do RPWDL.

4. Regulamin udostępnia się w rejestracji obu placówek i na stronie internetowej Centrum. Informacje wymagane art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej podaje się do wiadomości pacjentów w placówkach i na stronie internetowej, a w BIP, jeżeli obowiązek jego prowadzenia dotyczy Centrum. Personel zapoznaje się z regulaminem i procedurami dotyczącymi powierzonych zadań.

Zatwierdzenie przez osoby uprawnione do kierowania i reprezentowania Centrum

Imię, nazwisko, funkcja i podpis: Magdalena Makiela-Wychota Prezes Zarządu