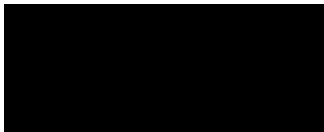




# Ministerstwo Zdrowia

Departament  
e-Zdrowia

EZWP.055.1.2025.MG  
Warszawa, 19 stycznia 2025



Szanowny Panie,  
odpowiadając na przesłaną do Ministerstwa Zdrowia drogą elektroniczną petycję, w sprawie zobowiązania lekarzy do sporządzania szczegółowych opisów badań rezonansu magnetycznego MR, tomografia komputerowa KT, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje inicjatywy w przedmiotowym zakresie, albowiem obowiązujące przepisy prawa regulują zarówno zakres informacji, jakie należy zamieścić w dokumentacji medycznej, jak również prostowanie błędów zawartych w dokumentacji medycznej. Zakres minimalnych danych jakie muszą zostać zawarte w dokumentacji medycznej określa § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798, zwanego dalej „rozporządzeniem o dokumentacji”), zgodnie z którym, dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu:
  - a) nazwę podmiotu,
  - b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
  - c) nazwę zakładu leczniczego - w przypadku podmiotu leczniczego,
  - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
  - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
- 2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przy czym:
  - a) określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony,
  - b) datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany,
  - c) adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej;
- 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
  - a) imię (imiona) i nazwisko,
  - b) tytuł zawodowy - nie dotyczy osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,

- c) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,
- d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia - w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,
- e) podpis;
- 4) informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
  - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
  - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania,
  - c) zalecenia,
  - d) informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,
  - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2024 r. poz. 686);
- 5) inne informacje wynikające z innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
- 6) adres poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna - w przypadkach udostępniania dokumentacji w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Z kolei zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia o dokumentacji, wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 pkt 3.

Warto nadmienić, że odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej ciąży na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych. O powyższym przesądza art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581), zgodnie z którym, w celu realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Z wyrazami szacunku

Wojciech Demediuk  
Dyrektor  
/dokument podpisany elektronicznie/