



# PRAWA Pacjenta

KORZYSTAJĄC ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH LUB ZWRACAJĄC SIĘ O ICH UDZIELENIE MASZ PRAWO DO:

## 1 ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH



- które odpowiadają wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej
- które udzielane są według przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń
- które są natychmiast udzielane ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia
- które udzielane są z należytą starannością, w warunkach spełniających wymagania fachowe i sanitarne
- przy udzielaniu których osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej

## 2 UZYSKANIA INFORMACJI



- o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
- która zostanie przekazana także osobom przez Ciebie upoważnionym np. małżonkowi, członkowi rodziny, osobie bliskiej

## 3 WYRAŻENIA ZGODY



NA UDZIELENIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- którą wyrazisz po uzyskaniu wcześniej wszelkich niezbędnych informacji o Twoim stanie zdrowia i leczeniu
- którą w przypadku zabiegu operacyjnego, zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko wyrazisz w formie pisemnej

## 4 TAJEMNICY WSZELKICH INFORMACJI Z TOBĄ ZWIĄZANYCH



## 5 ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH



## 6 POSZANOWANIA INTYMNOSCI I GODNOŚCI



W SZCZEGÓLNOŚCI W CZASIE UDZIELENIA CI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM:

- obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
- wyrażenia zgody na uczestnictwo innych osób przy udzielaniu Ci świadczeń zdrowotnych (badaniach, konsultacjach lekarskich, zabiegach, operacjach itp.)

## 7 POSZANOWANIA ŻYCIA



PRYWATNEGO I RODZINNEGO, W TYM:

- kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami
- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – czyli opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

## 8 DOSTĘPU DO MEDYCZNEJ DOKUMENTACJI



DOTYCZĄCEJ TWOJEGO STANU ZDROWIA ORAZ UDZIELONYCH CI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM UDOSTĘPNIANIA TEJ DOKUMENTACJI RÓWNIEŻ OSOBIE PRZEZ CIEBIE UPOWAŻNIONEJ, NP. DO WGLĄDU LUB W FORMIE KOPII ALBO ODPISU

## 9 ZGŁOSZENIA SPRZECIWU



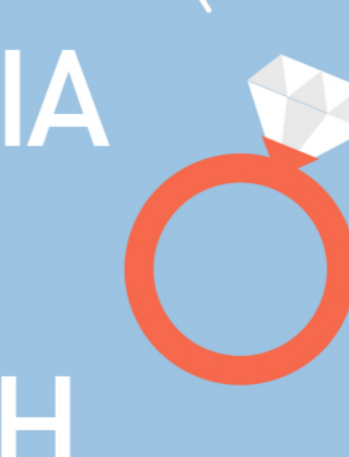
WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA

## 10 OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ



W CZASIE POBYTU W SZPITALU, ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, SANATORIUM UZDROWISKOWYM CZY HOSPICJUM

## 11 PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH



W DEPOZYCIE W SZPITALU, ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, SANATORIUM UZDROWISKOWYM, HOSPICJUM

JEŚLI TWOJE PRAWA ZOSTAŁY NARUSZONE, SĄ NIEWŁAŚCIWIE REALIZOWANE LUB MASZ PYTANIA, ZADZWOŃ:

# 800-190-590

TELEFONICZNA INFORMACJA PACJENTA

czynna od PONIEDZIAŁKU do PIĄTKU w godzinach 08:00 - 18:00