

# PA-01 – Obieg dokumentacji medycznej i administracyjnej

## 1. Kod i nazwa

**PA-01 – Procedura obiegu dokumentacji medycznej i administracyjnej**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego, bezpiecznego i zgodnego z prawem obiegu dokumentacji medycznej oraz administracyjnej w podmiocie leczniczym WEKK Sp. z o.o. (Medweed).

Procedura określa zasady:

- tworzenia, przekazywania, przechowywania i archiwizacji dokumentacji,
- ochrony danych osobowych pacjentów,
- oraz kontroli dostępu do dokumentów.

## 3. Zakres stosowania

Obowiązuje wszystkich lekarzy, pracowników administracyjnych, rejestratorki, koordynatorów medycznych oraz osoby współpracujące z Medweed, które mają dostęp do dokumentacji medycznej lub administracyjnej.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – za rzetelność i kompletność dokumentacji medycznej pacjenta.
- **Koordynator medyczny** – za nadzór nad obiegiem dokumentów i zgodnością z przepisami RODO.
- **Prezes Zarządu** – za zatwierdzenie i okresową kontrolę przestrzegania procedury.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Tworzenie dokumentacji

- Dokumentację medyczną tworzy lekarz bezpośrednio w systemie **Aurero**.
- Dokumentację administracyjną (umowy, faktury, raporty) sporządza odpowiedni dział lub osoba upoważniona.
- Każdy dokument musi być oznaczony datą utworzenia, imieniem i nazwiskiem osoby sporządzającej.

## Krok 2. Obieg dokumentów medycznych

- Dokumentacja medyczna pacjenta jest przechowywana **wyłącznie w systemie Aurero** oraz – jeśli dotyczy – w formie papierowej (zgody pacjentów, załączniki).
- Dostęp do dokumentacji mają wyłącznie osoby uprawnione: lekarze prowadzący, koordynator medyczny i personel administracyjny z nadanym poziomem uprawnień.
- Wymiana dokumentów pomiędzy placówkami Medweed może odbywać się wyłącznie przez bezpieczne kanały komunikacji (Aurero, szyfrowana poczta firmowa).

## Krok 3. Obieg dokumentów administracyjnych

- Umowy, faktury, raporty i inne dokumenty administracyjne przekazuje się w formie elektronicznej (PDF, e-mail służbowy) lub papierowej.
- Każdy dokument musi posiadać oznaczenie kategorii (np. „Umowa B2B”, „Procedura”, „Faktura zakupu”).
- Dokumenty papierowe przechowuje się w siedzibie WEKK Sp. z o.o. w zamkniętych szafach lub sejfach.

## Krok 4. Archiwizacja i retencja

- Dokumentację medyczną przechowuje się przez **minimum 20 lat** od daty ostatniego wpisu.
- Dokumenty administracyjne przechowuje się przez **10 lat** (lub dłużej, jeśli wymaga tego prawo podatkowe lub RODO).
- Po upływie okresu przechowywania dokumenty papierowe mogą zostać zniszczone na podstawie **protokołu brakowania**, podpisanego przez Prezesa Zarządu.

## Krok 5. Dostęp i przekazywanie

- Każdy dostęp do dokumentacji przez osobę trzecią (np. apteka, inny podmiot leczniczy, organ państwowy) wymaga:
  - pisemnego wniosku,
  - decyzji koordynatora medycznego,
  - oraz odnotowania w rejestrze udostępnień.
- Przekazanie dokumentów odbywa się wyłącznie w formie szyfrowanej lub przez dedykowaną platformę (np. ePUAP).

## 6. Dokumentacja i rejestry

- Rejestr dokumentacji medycznej (prowadzony w Aurero).
- Protokół brakowania dokumentów po okresie przechowywania.

## 7. Uwagi / ryzyka

- Udostępnienie dokumentacji bez upoważnienia stanowi naruszenie RODO i może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną.
- Niedopuszczalne jest przechowywanie dokumentacji na prywatnych nośnikach (pendrive, prywatny e-mail, komputer osobisty).
- Dokumentacja papierowa musi być przechowywana w miejscu niedostępnym dla osób postronnych.

# PA-02 – Udzielanie dostępu do dokumentacji pacjenta

## 1. Kod i nazwa

**PA-02 – Procedura udzielania dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest określenie zasad i trybu udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez podmiot leczniczy **WEKK Sp. z o.o. (Medweed)**, z zachowaniem przepisów:

- ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- oraz przepisów o ochronie danych osobowych (RODO).

## 3. Zakres stosowania

Procedura obowiązuje wszystkich lekarzy oraz personel administracyjny uprawniony do obsługi wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów Medweed — zarówno dla osób prywatnych, jak i instytucji uprawnionych na mocy przepisów prawa.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – za kompletność i zgodność przekazywanej dokumentacji.
- **Koordynator medyczny** – za kontrolę formalną wniosku i poprawność udostępnienia.

- **Administracja WEKK Sp. z o.o.** – za przechowywanie kopii wniosków i korespondencji związanej z udostępnieniem.
- **Prezes Zarządu** – za nadzór nad prawidłowym stosowaniem procedury.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Przyjęcie wniosku o udostępnienie dokumentacji

- Wniosek o dostęp do dokumentacji może złożyć:
  - pacjent,
  - osoba przez niego pisemnie upoważniona,
  - instytucja lub organ mający podstawę prawną (np. sąd, policja, Rzecznik Praw Pacjenta, NFZ).
- Wniosek można złożyć:
  - osobiście w placówce,
  - mailowo (z podpisem elektronicznym lub skanem podpisanego wniosku),
  - pocztą tradycyjną.
- Każdy wniosek przechowuje się w formie **skanu lub kopii papierowej** w aktach Medweed.

### Krok 2. Weryfikacja tożsamości i uprawnień

- Osoba przyjmująca wniosek weryfikuje:
  - tożsamość pacjenta (dowód osobisty, paszport),
  - w przypadku pełnomocnika – pisemne upoważnienie,
  - w przypadku instytucji – podstawę prawną żądania.
- W razie wątpliwości co do uprawnienia – udostępnienie jest wstrzymywane do czasu potwierdzenia przez koordynatora medycznego.

### Krok 3. Przygotowanie dokumentacji

- Lekarz prowadzący przygotowuje dokumentację w zakresie określonym we wniosku, w tym:
  - historię medyczną z systemu Aurero,
  - opisy wizyt i rozpoznań,
  - wystawione e-recepty, e-skierowania, e-ZLA,

- wyniki badań dostarczonych przez pacjenta,
- **Załącznik nr 1** – tylko jeśli pacjent wyraźnie wnioskuje o jego przekazanie.
- Dokumentacja musi być kompletna i zawierać dane identyfikujące pacjenta oraz lekarza.

#### **Krok 4. Forma udostępnienia**

Dokumentacja może być przekazana:

- **Elektronicznie** – w formacie PDF przesłanym bezpiecznym kanałem (szyfrowany e-mail lub link z hasłem).
- **Papierowo** – w formie wydruku potwierdzonego podpisem i pieczęcią Medweed.
- **Do wglądu** – w siedzibie placówki, w obecności osoby upoważnionej.

Termin realizacji:

- do **7 dni roboczych** od otrzymania wniosku,
- w sprawach pilnych – niezwłocznie.

#### **6. Dokumentacja i zapisy**

- Wniosek o udostępnienie dokumentacji (papierowy lub elektroniczny).
- Adnotacja w historii medycznej pacjenta w systemie Aurero.
- Ewentualna korespondencja mailowa dotycząca przekazania.

#### **7. Uwagi / ryzyka**

- Przekazanie dokumentacji bez wniosku lub w niewłaściwy sposób (np. przez prywatny e-mail) stanowi naruszenie RODO.
- Wszelkie wnioski niekompletne lub nieczytelne należy uzupełnić przed realizacją.
- W razie wątpliwości co do zakresu udostępnienia decyzję podejmuje koordynator medyczny lub Prezes Zarządu.
- W przypadku omyłkowego ujawnienia danych należy wdrożyć procedurę **PA-07 – Raportowanie incydentów RODO**.

### **PA-03 – Postępowanie z dokumentacją po zakończeniu leczenia lub w przypadku śmierci pacjenta**

## 1. Kod i nazwa

**PA-03 – Procedura postępowania z dokumentacją medyczną po zakończeniu leczenia lub śmierci pacjenta**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego, bezpiecznego i zgodnego z przepisami przechowywania oraz udostępniania dokumentacji pacjentów, których proces leczenia w Medweed został zakończony lub którzy zmarli.

Celem nadrzędnym jest ochrona danych osobowych pacjentów oraz zagwarantowanie prawa dostępu osobom uprawnionym po śmierci pacjenta.

## 3. Zakres stosowania

Procedura obowiązuje wszystkich lekarzy, koordynatorów medycznych oraz administrację WEKK Sp. z o.o. w zakresie:

- zamykania kart pacjentów w systemie Aurero,
- archiwizacji dokumentacji papierowej (Załącznik nr 1),
- udostępniania dokumentacji osobom uprawnionym po śmierci pacjenta.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – za wprowadzenie informacji o zakończeniu leczenia w systemie Aurero i archiwizację fizycznego Załącznika nr 1.
- **Koordynator medyczny** – za kontrolę kompletności dokumentacji i oznaczenie jej jako archiwalnej.
- **Prezes Zarządu / Administrator danych** – za zapewnienie zgodności archiwizacji z przepisami RODO.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Zakończenie leczenia

- Po zakończeniu terapii lekarz prowadzący dodaje w historii medycznej pacjenta wpis: *„Zakończenie terapii konopiami medycznymi – dokumentacja kompletna, pacjent poinformowany o możliwości ponownej kwalifikacji w przyszłości.”*
- Dokumentacja w systemie Aurero zostaje oznaczona jako „archiwalna” (nieaktywna).
- Fizyczny **Załącznik nr 1 (Zgoda pacjenta)** pozostaje w gabinecie lekarza – przechowywany przez 20 lat w teczce pacjenta.

## Krok 2. Śmierć pacjenta

- Po uzyskaniu informacji o śmierci pacjenta lekarz lub koordynator:
  - oznacza kartę pacjenta w systemie Aurero jako „zamkniętą – pacjent zmarł”,
  - odnotowuje datę śmierci (jeśli znana),
  - zabezpiecza dostęp do dokumentacji (blokada edycji).
- Informacja o zgonie może pochodzić z:
  - aktu zgonu,
  - informacji rodziny,
  - systemu eWUŚ lub innego źródła potwierdzonego administracyjnie.

## Krok 3. Przechowywanie dokumentacji

- Dokumentację medyczną pacjentów po zakończeniu leczenia lub po śmierci przechowuje się:
  - w systemie **Aurero** przez **20 lat** od daty ostatniego wpisu,
  - w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej – **30 lat**,
  - **Załącznik nr 1** – w formie papierowej, u lekarza prowadzącego, przez ten sam okres.
- Po upływie okresu przechowywania dokumentacja może zostać zniszczona zgodnie z protokołem brakowania, podpisanym przez Prezesa Zarządu.

## Krok 4. Udostępnienie dokumentacji po śmierci pacjenta

- Dokumentacja może być udostępniona wyłącznie:
  - osobie wskazanej przez pacjenta za życia (w upoważnieniu),
  - osobie bliskiej, która wykaże interes prawny,
  - instytucjom uprawnionym (np. sąd, prokuratura, Rzecznik Praw Pacjenta).
- Udostępnienie odbywa się zgodnie z procedurą **PA-02 – Udzielanie dostępu do dokumentacji pacjenta**, z dodatkową weryfikacją uprawnienia (np. akt zgonu + oświadczenie osoby bliskiej).
- Lekarz lub koordynator wprowadza w systemie Aurero adnotację:  
*„Dokumentacja pacjenta zmarłego udostępniona dnia ... osobie ... (podstawa: ...).”*

**Krok 5. Archiwizacja i kontrola**

- Raz w roku koordynator medyczny dokonuje przeglądu archiwów papierowych (Załączników nr 1) i potwierdza ich kompletność.
- Dokumentacja elektroniczna nie może być usuwana ani edytowana po oznaczeniu jako archiwalna.
- Dostęp do niej mają wyłącznie osoby upoważnione przez Prezesa Zarządu lub Administratora Danych.

**6. Dokumentacja i zapisy**

- Historia medyczna pacjenta w systemie Aurero z adnotacją o zakończeniu leczenia lub śmierci.
- Fizyczny Załącznik nr 1 przechowywany w gabinecie lekarza.
- Potwierdzenia udostępnień osobom uprawnionym (kopie wniosków).
- Protokół brakowania dokumentów (po upływie okresu przechowywania).

**7. Uwagi / ryzyka**

- Niedopuszczalne jest niszczenie dokumentacji przed upływem okresu archiwizacji.
- W przypadku zgonu pacjenta bez formalnego potwierdzenia (brak aktu zgonu) nie wolno udostępniać danych żadnej osobie.
- Nie wolno przekazywać oryginałów dokumentacji – tylko kopie lub wydruki potwierdzone za zgodność.
- Naruszenie zasad udostępniania danych po śmierci pacjenta jest traktowane jako incydent RODO.

**PA-04 – Ochrona danych osobowych (RODO) w działalności Medweed****1. Kod i nazwa**

**PA-04 – Procedura ochrony danych osobowych (RODO) w działalności Medweed**

**2. Cel procedury**

Celem procedury jest zapewnienie zgodnego z prawem, bezpiecznego i przejrzystego przetwarzania danych osobowych pacjentów i współpracowników w podmiocie leczniczym **WEKK Sp. z o.o. (Medweed)**, zgodnie z:

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO),
- ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.,
- oraz ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Procedura reguluje zasady:

- przetwarzania, przechowywania i udostępniania danych,
- odpowiedzialności personelu,
- oraz reagowania na naruszenia bezpieczeństwa danych.

### 3. Zakres stosowania

Dotyczy wszystkich lekarzy, rejestratorek, koordynatorów medycznych, osób technicznych oraz współpracowników Medweed, którzy mają dostęp do danych pacjentów, lekarzy lub kontrahentów.

### 4. Odpowiedzialność

- **Administrator danych** – WEKK Sp. z o.o. (Medweed), reprezentowany przez Prezesa Zarządu Konrada Welenca.
- **Lekarze** – za zachowanie poufności i bezpieczeństwa danych pacjentów oraz prawidłowe przechowywanie papierowych Załączników nr 1.
- **Koordynator medyczny** – za nadzór nad bezpieczeństwem danych i reagowanie na incydenty.
- **Administrator systemów (Aurero, e-mail)** – za bezpieczeństwo infrastruktury informatycznej i kontrolę dostępu.

### 5. Opis postępowania

#### Krok 1. Zasady ogólne

- Dane pacjentów przetwarzane są wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji i kontaktu z pacjentem.
- Zakres przetwarzanych danych jest ograniczony do niezbędnego minimum (zasada minimalizacji).
- Każdy lekarz i pracownik ma obowiązek zachować **poufność danych**, zarówno podczas współpracy, jak i po jej zakończeniu.

#### Krok 2. Systemy informatyczne

- Dane pacjentów są przetwarzane wyłącznie w systemie **Aurero**, zabezpieczonym zgodnie z normami ISO 27001.
- Zabronione jest przechowywanie danych na:
  - prywatnych komputerach,
  - pendrive'ach,
  - dyskach zewnętrznych,
  - prywatnych kontaktach e-mail.
- Dostęp do systemu Aurero posiadają wyłącznie osoby z nadanym indywidualnym loginem.
- Hasła muszą być silne, zmieniane nie rzadziej niż co 90 dni.

### Krok 3. Dokumentacja papierowa

- Jedynym dokumentem papierowym zawierającym dane osobowe pacjenta jest **Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego** – „Zgoda pacjenta na leczenie medyczną marihuaną oraz przetwarzanie danych osobowych”.
- Formularz ten:
  - podpisany jest przez pacjenta **przed wizytą**,
  - przechowywany jest przez **lekarza prowadzącego**,
  - musi być zabezpieczony w zamykanej szafce / szufladzie gabinetu, niedostępnej dla osób postronnych.
- Lekarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego kompletność i ochronę.

### Krok 4. Komunikacja z pacjentem

- Kontakt z pacjentem odbywa się wyłącznie przez:
  - system Aurero,
  - oficjalną skrzynkę e-mail,
  - służbowy lub prywatny numer telefonu.
- W korespondencji e-mailowej **nie należy ujawniać danych medycznych**, chyba że pacjent sam wyraził zgodę i korespondencja dotyczy jego dokumentacji.
- Niedopuszczalne jest wysyłanie zdjęć recept, wyników badań lub notatek medycznych z prywatnych kont.

### Krok 5. Udostępnianie danych

- Dane mogą być udostępniane tylko:
  - pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej,
  - organom uprawnionym z mocy prawa (sąd, prokuratura, Rzecznik Praw Pacjenta).
- Udostępnienie odbywa się zgodnie z procedurą **PA-02 – Udzielanie dostępu do dokumentacji pacjenta**.
- Każde udostępnienie musi być uzasadnione, a jego zakres ograniczony do minimum niezbędnego dla celu.

### **Krok 6. Naruszenia i incydenty bezpieczeństwa**

- W przypadku podejrzenia utraty, ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych (np. wysłanie dokumentu na zły adres e-mail, zgubienie formularza):
  1. Niezwłocznie poinformować **Koordynatora medycznego**.
  2. Zabezpieczyć dowody incydentu (np. kopię e-maila).
  3. Wypełnić zgłoszenie zgodnie z procedurą **PA-07 – Raportowanie incydentów medycznych i RODO**.
- Administrator danych (Prezes Zarządu) podejmuje decyzję o ewentualnym zgłoszeniu incydentu do **UODO** w terminie 72 godzin.

### **Krok 7. Zakończenie współpracy lekarza**

- Po zakończeniu współpracy z lekarzem lub personelem:
  - dostęp do systemów (Aurero, e-mail) jest natychmiast blokowany,
  - wszystkie dokumenty papierowe (Załączniki nr 1) przekazywane są koordynatorowi medycznemu lub pozostają w gabinecie, jeśli nadal funkcjonuje w strukturze Medweed,
  - lekarz podpisuje **oświadczenie o zachowaniu poufności po zakończeniu współpracy**.

## **6. Dokumentacja i zapisy**

- Umowy i oświadczenia o zachowaniu poufności (RODO).
- Upoważnienia do przetwarzania danych (dla lekarzy i współpracowników).
- Zgłoszenia incydentów bezpieczeństwa.
- Fizyczne formularze Załącznika nr 1 przechowywane przez lekarzy.

## 7. Uwagi / ryzyka

- Każde naruszenie zasad ochrony danych może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną i administracyjną (zgłoszenie do UODO).
- Ujawnienie danych pacjenta osobie nieuprawnionej jest traktowane jako **poważne naruszenie zawodowe**.
- Brak zabezpieczenia papierowych Załączników nr 1 jest równoznaczny z naruszeniem RODO.
- Wszelkie niejasności dotyczące przetwarzania danych należy kierować bezpośrednio do Prezesa Zarządu WEKK Sp. z o.o.

## 8. Załączniki

- **Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego** – podpisywany przez pacjenta, przechowywany przez lekarza.

# PA-05 – Obowiązki lekarza w zakresie komunikacji z pacjentem i przekazywania informacji medycznych

## 1. Kod i nazwa

**PA-05 – Procedura komunikacji lekarza z pacjentem oraz przekazywania informacji medycznych**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest określenie zasad prawidłowej, zgodnej z prawem i etyką zawodową komunikacji lekarzy Medweed z pacjentami.

Ma ona zapewnić:

- przejrzystość i zrozumiałość przekazywanych informacji,
- poszanowanie praw pacjenta,
- i jednolity standard komunikacji w placówkach Medweed.

## 3. Zakres stosowania

Procedura obowiązuje wszystkich lekarzy współpracujących z Medweed, zarówno podczas wizyt stacjonarnych, jak i w kontaktach elektronicznych lub telefonicznych z pacjentami.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – za sposób przekazywania informacji pacjentowi i za dokumentowanie rozmów.
- **Koordynator medyczny** – za monitorowanie zgodności komunikacji z zasadami etyki i przepisami.
- **Prezes Zarządu** – za zatwierdzenie standardów komunikacyjnych w placówkach Medweed.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Zasady ogólne komunikacji

- Komunikacja z pacjentem musi być:
  - **jasna, spokojna i merytoryczna,**
  - **wolna od emocji, ocen lub sugestii terapeutycznych** niezwiązanych z faktami medycznymi,
  - **zrozumiała** – bez żargonu lekarskiego, jeśli pacjent nie jest specjalistą.
- Lekarz powinien aktywnie upewniać się, że pacjent rozumie przekazywane informacje (zasada „teach-back”).
- Niedopuszczalne są stwierdzenia typu „na pewno pomoże”, „gwarantuję efekt”, „to najlepszy lek” – zamiast tego:  
*„Z dotychczasowych obserwacji wynika, że terapia może przynieść poprawę w Pana/Pani przypadku.”*

### Krok 2. Przekazywanie informacji medycznych

- Lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o:
  - rozpoznaniu i jego charakterze,
  - celu, przebiegu i przewidywanych efektach leczenia,
  - możliwych działaniach niepożądanych,
  - alternatywnych metodach leczenia (jeśli istnieją).
- Pacjent ma prawo odmówić przyjęcia informacji o stanie zdrowia — w takim przypadku należy to **odnotować w dokumentacji**.
- Informacje mogą być przekazywane ustnie podczas wizyty lub pisemnie w formie zaleceń.

### Krok 3. Komunikacja poza wizytą

- Wszelkie informacje medyczne przekazywane poza wizytą muszą być:
  - przesyłane wyłącznie z oficjalnego konta e-mail lub przez system Aurero,
  - ograniczone do niezbędnych danych (bez pełnej historii medycznej, jeśli nie jest to konieczne).
- Zabrania się udzielania zaleceń terapeutycznych przez prywatne kanały (np. Messenger, SMS, Instagram).
- Jeżeli pacjent kontaktuje się przez takie kanały, lekarz powinien odpowiedzieć neutralnie:  
*„Z przyczyn prawnych nie mogę udzielać zaleceń poza systemem Medweed. Proszę o kontakt przez rejestrację lub podczas wizyty.”*

#### Krok 4. Przekazywanie informacji osobom trzecim

- Lekarz może przekazać informacje o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie:
  - osobie przez pacjenta pisemnie upoważnionej,
  - w przypadkach określonych ustawowo (np. sąd, prokuratura, Rzecznik Praw Pacjenta).
- W każdym innym przypadku obowiązuje **tajemnica lekarska**.
- Udostępnienie informacji osobie bliskiej bez formalnego upoważnienia jest dopuszczalne tylko w przypadku **bezpośredniego zagrożenia życia**.

#### Krok 5. Dokumentowanie rozmowy z pacjentem

- Lekarz ma obowiązek dokumentować w historii medycznej pacjenta każdą istotną rozmowę dotyczącą stanu zdrowia lub leczenia, w szczególności:
  - poinformowanie o diagnozie,
  - przekazanie informacji o działaniach niepożądanych,
  - wyrażenie zgody lub odmowy leczenia,
  - zmianę planu terapeutycznego.
- Wpis powinien mieć charakter opisowy, np.:  
*„Pacjent poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych terapii konopiami medycznymi. Wyraził zgodę na kontynuację leczenia.”*

#### Krok 6. Reagowanie na sytuacje trudne

- W razie nieporozumień, skarg lub agresywnego zachowania pacjenta lekarz powinien:
  - zachować spokój i powstrzymać się od ocen,

- zakończyć rozmowę, jeśli dalsza komunikacja nie jest możliwa w bezpiecznych warunkach,
- sporządzić notatkę służbową w systemie Aurero lub przekazać informację koordynatorowi medycznemu.

## 6. Dokumentacja i zapisy

- Historia medyczna pacjenta w systemie Aurero (adnotacje o przekazanych informacjach).
- Załącznik nr 1 – fizyczna zgoda pacjenta podpisana przed wizytą.
- Ewentualne notatki służbowe o sytuacjach konfliktowych.

## 7. Uwagi / ryzyka

- Brak udokumentowania rozmowy lub zgody pacjenta może być uznany za błąd formalny.
- Udzielanie informacji przez nieautoryzowane kanały (np. SMS, social media) stanowi naruszenie tajemnicy zawodowej i RODO.
- Niewłaściwa komunikacja może prowadzić do skarg pacjentów i postępowań przed Rzecznikiem Praw Pacjenta.

## 8. Załączniki

- **Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego** – podpisywany przez pacjenta, przechowywany przez lekarza.

# PA-06 – Obsługa skarg, uwag i opinii pacjentów

## 1. Kod i nazwa

**PA-06 – Procedura obsługi skarg, uwag i opinii pacjentów**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie jednolitego, rzetelnego i zgodnego z prawem sposobu przyjmowania, analizowania i rozpatrywania skarg, uwag oraz opinii pacjentów Medweed. Procedura ma chronić interes pacjenta i podmiotu leczniczego, wzmacniać jakość usług i minimalizować ryzyko reputacyjne oraz prawne.

## 3. Zakres stosowania

Obowiązuje wszystkich lekarzy, pracowników administracyjnych i współpracowników WEKK Sp. z o.o. (Medweed), którzy przyjmują lub mogą przyjąć zgłoszenie pacjenta dotyczące niezadowolenia, błędu lub opinii o działalności placówki.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – za merytoryczne wyjaśnienie kwestii medycznych wskazanych w skardze.
- **Koordynator medyczny** – za przyjęcie i zarejestrowanie zgłoszenia, prowadzenie analizy i przygotowanie odpowiedzi.
- **Prezes Zarządu** – za ostateczne zatwierdzenie stanowiska Medweed i kontakt z organami zewnętrznymi (np. Rzecznik Praw Pacjenta).

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Przyjęcie skargi, uwagi lub opinii

- Skargi i uwagi mogą być składane:
  - osobiście w placówce,
  - mailowo (info@medweed.pl),
  - listownie,
  - Telefonicznie na oficjalny numer infolinii
- Każda wiadomość o charakterze skargi musi być przekazana **niezwłocznie** do koordynatora medycznego (również jeśli trafi bezpośrednio do lekarza).
- W przypadku opinii w serwisach publicznych (Google, Facebook itp.) – odpowiedź przygotowuje osoba upoważniona przez Prezesa Zarządu.

### Krok 2. Rejestracja zgłoszenia

- Koordynator medyczny nadaje zgłoszeniu numer sprawy i zapisuje:
  - datę przyjęcia,
  - dane zgłaszającego,
  - placówkę i lekarza,
  - opis problemu,
  - kanał zgłoszenia.

- Dane te mogą być przechowywane w arkuszu wewnętrznym WEKK (np. plik chroniony hasłem, bez danych medycznych pacjenta).

### Krok 3. Wstępna analiza

- Koordynator dokonuje wstępnej oceny, czy zgłoszenie dotyczy:
  4. **błędu medycznego lub działania lekarza,**
  5. **obsługi administracyjnej lub organizacyjnej,**
  6. **opinii / sugestii niezwiązanej z naruszeniem prawa.**
- W zależności od rodzaju sprawy, kieruje ją do odpowiedniej osoby:
  1. lekarza prowadzącego,
  2. Prezesa Zarządu,
  3. działu obsługi pacjenta / PR.

### Krok 4. Wyjaśnienie sprawy

- Lekarz prowadzący lub osoba wskazana przez koordynatora analizuje dokumentację w systemie **Aurero**, rozmowy i wpisy, aby ustalić faktyczny przebieg sytuacji.
- W przypadku potrzeby zasięga się opinii innego specjalisty (np. w razie sporu co do wskazań medycznych).
- Celem postępowania jest **rzetelne wyjaśnienie sprawy, nie obrona za wszelką cenę**.

### Krok 5. Odpowiedź do pacjenta

- Odpowiedź przygotowuje się w formie pisemnej lub mailowej.
- Musi zawierać:
  - podziękowanie za kontakt,
  - krótkie odniesienie do treści skargi,
  - opis podjętych działań wyjaśniających,
  - wynik postępowania (np. „nie stwierdzono nieprawidłowości” lub „wdrożono działanie naprawcze”),
  - dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za dalszy kontakt.
- W przypadku skarg medycznych odpowiedź zawsze zatwierdza Prezes Zarządu.

**Krok 6. Opinie publiczne (Google, media społecznościowe)**

- Na opinie odpowiada się **krótko, profesjonalnie i bez ujawniania danych pacjenta**.
- Zasada: **nigdy nie wdawać się w polemikę medyczną publicznie**.
- Przykładowa odpowiedź Medweed:  
*„Dziękujemy za podzielenie się opinią. Zależy nam na wysokim standardzie opieki – jeśli doszło do sytuacji wymagającej wyjaśnienia, prosimy o kontakt pod adresem kontakt@medweed.pl, abyśmy mogli pomóc.”*
- Odpowiedzi muszą być zatwierdzane przez osobę odpowiedzialną za komunikację PR.

**Krok 7. Działania naprawcze i zamknięcie sprawy**

- Jeśli w wyniku analizy stwierdzono uchybienia (np. brak informacji, niepełny wpis, opóźniona odpowiedź), koordynator wdraża działania naprawcze i dokumentuje to w arkuszu spraw.
- Po zakończeniu postępowania w arkuszu odnotowuje się:
  - datę zamknięcia,
  - podjęte działania,
  - osobę odpowiedzialną.

**6. Dokumentacja i zapisy**

- Zgłoszenia mailowe lub papierowe (przechowywane przez 2 lata).
- Adnotacje w systemie Aurero (jeśli skarga dotyczy konkretnej wizyty).
- Arkusz spraw skargowych (wersja elektroniczna, zabezpieczona).
- Kopie odpowiedzi udzielonych pacjentom.

**7. Uwagi / ryzyka**

- Niedopuszczalne jest ignorowanie lub usuwanie skarg bez analizy.
- Każda skarga może być później podstawą postępowania Rzecznika Praw Pacjenta – ważna jest kompletna dokumentacja.
- Wypowiedzi publiczne lekarzy lub personelu w internecie muszą być neutralne i pozbawione danych identyfikujących pacjenta.
- Zgłoszenie skargi nie może wpływać negatywnie na dalsze leczenie pacjenta.

# PA-07 – Raportowanie incydentów medycznych, technicznych i RODO

## 1. Kod i nazwa

**PA-07 – Procedura raportowania incydentów medycznych, technicznych i naruszeń ochrony danych osobowych (RODO)**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie szybkiego i skutecznego reagowania na wszelkie incydenty związane z:

- błędami lub nieprawidłowościami w dokumentacji medycznej,
- awariami systemów informatycznych lub sprzętu,
- oraz naruszeniami bezpieczeństwa danych osobowych pacjentów.

Procedura ma na celu ograniczenie skutków zdarzenia, zapewnienie zgodności z RODO i przepisami prawa oraz wzmocnienie bezpieczeństwa organizacyjnego Medweed.

## 3. Zakres stosowania

Procedura obowiązuje wszystkich lekarzy, personel administracyjny, techniczny i współpracowników Medweed, którzy mają kontakt z dokumentacją lub systemami zawierającymi dane pacjentów.

## 4. Odpowiedzialność

- **Osoba, która zauważy incydent** – ma obowiązek natychmiastowego zgłoszenia zdarzenia.
- **Koordynator medyczny** – przyjmuje zgłoszenie, weryfikuje jego charakter i dokumentuje sprawę.
- **Administrator danych (Prezes Zarządu WEKK Sp. z o.o.)** – ocenia ryzyko prawne i decyduje o zgłoszeniu incydentu do UODO lub innych instytucji.
- **Administrator systemów IT / Aurero** – usuwa skutki techniczne i zabezpiecza dowody incydentu.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Zgłoszenie incydentu

Każdy lekarz lub pracownik, który zauważy:

- błąd w dokumentacji (np. omyłkowo wpisane dane innego pacjenta),
- utratę lub kradzież danych (np. zagubiony formularz papierowy),
- awarię systemu Aurero, PayU, poczty lub sprzętu komputerowego,
- przesłanie e-maila do niewłaściwego adresata,
- podejrzenie naruszenia danych (np. dostęp nieuprawnionej osoby),  
ma obowiązek **niezwłocznie** (maksymalnie w ciągu 2 godzin od zauważenia) zgłosić to do **Koordynatora medycznego**.

Zgłoszenie może być dokonane:

- e-mailem (na adres wewnętrzny wskazany w instrukcji RODO),
- telefonicznie,
- lub ustnie – z późniejszym potwierdzeniem pisemnym (formularz incydentu).

## Krok 2. Zabezpieczenie danych i dowodów

- Osoba zgłaszająca **nie podejmuje żadnych działań naprawczych samodzielnie**, chyba że chodzi o natychmiastowe odłączenie sprzętu w celu zatrzymania wycieku.
- Koordynator medyczny:
  - zabezpiecza dokumenty,
  - wykonuje zrzuty ekranu, kopie e-maili lub zapis błędów systemowych,
  - notuje dokładną godzinę zdarzenia.

## Krok 3. Klasyfikacja incydentu

Koordynator określa, czy incydent ma charakter:

1. **Medyczny** – błąd w treści lub procesie świadczenia (np. pomyłka w rozpoznaniu, błędne dawkowanie na e-recepcie).
2. **Techniczny** – awaria, utrata danych, nieprawidłowość w działaniu systemu.
3. **RODO / bezpieczeństwa** – ujawnienie, utrata lub nieuprawniony dostęp do danych osobowych.

## Krok 4. Analiza i dokumentacja incydentu

- Koordynator wypełnia **Formularz zgłoszenia incydentu** zawierający:

- datę i godzinę zdarzenia,
  - osobę zgłaszającą,
  - opis zdarzenia,
  - potencjalne skutki,
  - podjęte działania.
- Kopia formularza jest przechowywana w dokumentacji wewnętrznej WEKK Sp. z o.o. przez 5 lat.

### **Krok 5. Decyzja o dalszych działaniach**

Administrator danych (Prezes Zarządu) ocenia:

- ryzyko dla praw i wolności pacjentów,
- skalę i charakter incydentu,
- czy doszło do faktycznego naruszenia ochrony danych.

Na tej podstawie podejmuje decyzję o:

- **wewnętrznym zamknięciu sprawy** (mało istotne naruszenie),
- **zgłoszeniu incydentu do UODO** – jeśli ryzyko jest wysokie (np. dane ujawnione osobie trzeciej),
- **poinformowaniu pacjentów** – jeśli incydent może skutkować zagrożeniem dla ich praw.

### **Krok 6. Działania naprawcze**

Po analizie incydentu podejmuje się działania zapobiegawcze, np.:

- wzmocnienie zabezpieczeń kont,
- aktualizacja haseł lub oprogramowania,
- dodatkowe szkolenie personelu,
- korekta procedur wewnętrznych.

Koordynator medyczny dokumentuje wykonane działania w formularzu incydentu.

### **Krok 7. Zakończenie i archiwizacja**

- Po zamknięciu sprawy dokumentacja incydentu trafia do archiwum wewnętrznego.
- Kopia decyzji i ewentualnego zgłoszenia do UODO przechowywana jest w aktach RODO.

- Administrator danych dokonuje okresowego (co 12 miesięcy) przeglądu wszystkich incydentów w celu analizy ryzyka i ewentualnych zmian w procedurach.

## **6. Dokumentacja i zapisy**

- Formularz zgłoszenia incyduentu.
- Zgłoszenia e-mail / notatki wewnętrzne.
- Decyzje administratora danych i dokumenty potwierdzające zgłoszenie do UODO (jeśli dotyczy).
- Rejestr incydentów (wewnętrzny, elektroniczny, zabezpieczony hasłem).

## **7. Uwagi / ryzyka**

- Niezwłoczne zgłoszenie incyduentu ogranicza odpowiedzialność osobistą lekarza lub pracownika.
- Ukrycie lub opóźnienie zgłoszenia może zostać uznane za naruszenie obowiązków służbowych.
- W przypadku incyduentu RODO, spóźnione zgłoszenie do UODO (po 72 godzinach) może skutkować sankcjami finansowymi.
- Wszelkie działania naprawcze muszą być podejmowane wyłącznie przez osoby upoważnione.

## **8. Załączniki**

- Instrukcja klasyfikacji incyduentu (medyczny / techniczny / RODO).
- Szablon zgłoszenia do UODO (w przypadku naruszenia danych).

# **PA-08 – Nadawanie, zmiana i odbieranie uprawnień do systemów informatycznych i narzędzi Medweed**

## **1. Kod i nazwa**

**PA-08 – Procedura nadawania, zmiany i odbierania uprawnień do systemów informatycznych i narzędzi Medweed**

## **2. Cel procedury**

Celem procedury jest zapewnienie kontroli nad dostępem do systemów informatycznych oraz danych przetwarzanych przez **WEKK Sp. z o.o. (Medweed)**, w tym:

- systemu medycznego **Aurero**,
- skrzynek e-mailowych Medweed,
- kont w PayU, chmurze plików, narzędziach marketingowych i finansowych.

Procedura określa zasady przyznawania, modyfikowania i odbierania uprawnień, aby zapobiec nieuprawnionemu dostępowi do danych pacjentów i informacji służbowych.

### 3. Zakres stosowania

Obejmuje wszystkich użytkowników systemów Medweed:

- lekarzy,
- personel administracyjny,
- współpracowników technicznych,
- oraz osoby zewnętrzne mające czasowy dostęp (np. informatycy, księgowi, specjaliści ds. marketingu).

### 4. Odpowiedzialność

- **Administrator systemów (IT / Aurero)** – za techniczne nadawanie i blokowanie kont.
- **Koordynator medyczny** – za zgłaszanie potrzeby nadania lub usunięcia dostępu.
- **Administrator danych (Prezes Zarządu)** – za zatwierdzanie przydzielonych dostępuów i kontrolę zgodności z RODO.
- **Użytkownik (lekarz, pracownik, współpracownik)** – za zachowanie poufności danych logowania i niedostępnianie ich osobom trzecim.

### 5. Opis postępowania

#### Krok 1. Nadanie dostępu

- Dostęp do systemów informatycznych nadaje administrator systemów **na polecenie Prezesa Zarządu lub koordynatora medycznego** (polecenie może być ustne, mailowe lub wewnętrzne w komunikatorze).
- Każdy dostęp jest odnotowywany w **Rejestrze dostępuów**, zawierającym:
  - imię i nazwisko użytkownika,
  - nazwę systemu,

- datę nadania dostępu,
  - osobę zatwierdzającą,
  - datę ewentualnego odebrania dostępu.
- Każdy użytkownik po uzyskaniu dostępu:
  - ustawia indywidualne hasło,
  - zapoznaje się z zasadami bezpieczeństwa i RODO,
  - potwierdza znajomość procedury PA-04 i PA-07.

## Krok 2. Zmiana lub rozszerzenie dostępu

- Zmiana zakresu dostępu (np. dodanie modułu w Aurero lub narzędzia marketingowego) odbywa się na polecenie Prezesa lub koordynatora medycznego.
- Administrator systemów aktualizuje dane w Rejestrze dostępu i potwierdza wykonanie operacji.
- Każda zmiana powinna być odnotowana nie później niż w ciągu **24 godzin** od zatwierdzenia.

## Krok 3. Odbieranie dostępu

- W dniu zakończenia współpracy lub po otrzymaniu informacji o jej zakończeniu administrator systemów:
  - natychmiast **blokuje wszystkie konta użytkownika** w systemach Medweed,
  - zabezpiecza jego skrzynkę e-mail i kopię danych,
  - aktualizuje Rejestr dostępu (data i powód dezaktywacji).
- Osoba kończąca współpracę potwierdza w formie elektronicznej lub pisemnej zapoznanie się z obowiązkiem **zachowania poufności po zakończeniu współpracy**.

## Krok 4. Kontrola i przeglądy

- Raz w miesiącu administrator systemów lub koordynator medyczny dokonuje przeglądu aktywnych kont.
- Sprawdza, czy:
  - dostęp posiadają wyłącznie osoby aktualnie współpracujące,
  - poziomy uprawnień są adekwatne do roli,
  - nie występują nieużywane lub tymczasowe konta.

- Wyniki przeglądu odnotowuje się w krótkim **Raporcie bezpieczeństwa kont**, przechowywanym przez 12 miesięcy.

## 6. Dokumentacja i zapisy

- **Rejestr dostępów do systemów Medweed** (plik wewnętrzny, chroniony hasłem).
- **Raporty z przeglądu aktywnych kont.**
- **Oświadczenia o poufności po zakończeniu współpracy.**

## 7. Uwagi / ryzyka

- Nieusunięcie dostępu po zakończeniu współpracy stanowi naruszenie RODO i może skutkować odpowiedzialnością administracyjną.
- Wszelkie konta tymczasowe muszą być zamykane natychmiast po zakończeniu zlecenia.
- Podejrzenie nieautoryzowanego logowania należy zgłosić zgodnie z procedurą **PA-07 – Raportowanie incydentów RODO**.
- Hasła powinny być silne (min. 10 znaków, cyfry i znaki specjalne) i zmieniane co 90 dni.

## 8. Załączniki

- **Rejestr dostępów do systemów Medweed – wzór.**
- **Wzór raportu z miesięcznej kontroli kont.**
- **Oświadczenie o zachowaniu poufności po zakończeniu współpracy.**

# PA-09 – Postępowanie podczas kontroli zewnętrznej (NFZ, Rzecznik Praw Pacjenta, WIF, UODO, inne organy)

## 1. Kod i nazwa

**PA-09 – Procedura postępowania w przypadku kontroli zewnętrznej organów nadzoru i instytucji państwowych**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest określenie zasad postępowania w przypadku kontroli zewnętrznej w podmiocie leczniczym **WEKK Sp. z o.o. (Medweed)**, w tym zapewnienie właściwej reprezentacji placówki, ochrony danych pacjentów oraz zachowania zgodności z przepisami prawa.

### 3. Zakres stosowania

Procedura ma zastosowanie w przypadku wszelkich kontroli prowadzonych przez:

- **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),**
- **Rzecznika Praw Pacjenta (RPP),**
- **Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny (WIF),**
- **Urząd Ochrony Danych Osobowych (UODO),**
- **Sanepid (Państwowa Inspekcja Sanitarna),**
- **Policję, prokuraturę lub inne organy ścigania,**
- oraz inne uprawnione instytucje nadzoru lub kontroli.

### 4. Odpowiedzialność

- **Zarząd Spółki** – za reprezentację podmiotu i kontakt z organami kontrolnymi.
- **Koordynator medyczny** – za przygotowanie dokumentacji wymaganej podczas kontroli.
- **Lekarze i personel** – za udzielanie informacji wyłącznie w zakresie upoważnienia oraz zgodnie z zakresem swoich obowiązków.
- **Administrator IT** – za zabezpieczenie systemów i udzielenie pomocy technicznej w razie kontroli dotyczącej danych elektronicznych.

### 5. Opis postępowania

#### Krok 1. Zgłoszenie kontroli

- Kontrola może być zapowiedziana (pismo, e-mail, telefon) lub niezapowiedziana (wizyta organu w placówce).
- Każdy pracownik, który otrzyma zawiadomienie lub kontakt od kontrolera, **niezwłocznie informuje Prezesa Zarządu i koordynatora medycznego.**
- Do momentu przybycia osoby uprawnionej do reprezentacji (Prezes Zarządu lub jego pełnomocnik), żaden pracownik nie udziela informacji ani nie udostępnia dokumentów.

#### Krok 2. Weryfikacja tożsamości kontrolerów

- Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych należy:
  - poprosić o **okazanie legitymacji służbowej lub upoważnienia do kontroli,**
  - **zanotować imię, nazwisko, instytucję, numer upoważnienia i datę,**

- w razie wątpliwości potwierdzić dane telefonicznie w instytucji, którą kontroler reprezentuje.
- Kopię upoważnienia można zachować w dokumentacji Medweed.

### Krok 3. Przygotowanie dokumentacji

- Koordynator medyczny przygotowuje żadaną dokumentację w zakresie określonym przez kontrolera, w szczególności:
  - rejestr pacjentów i wizyt (zanonimizowany, jeśli nie wymagane są dane osobowe),
  - procedury wewnętrzne, regulaminy, umowy z lekarzami,
  - wybrane dokumenty medyczne pacjentów (po uzyskaniu podstawy prawnej).
- Dokumentacja jest udostępniana wyłącznie w formie **kopii** lub **wydruków** – nigdy oryginałów.

### Krok 4. Zasady komunikacji podczas kontroli

- Wszelkie odpowiedzi i wyjaśnienia udzielane są **tylko przez osobę upoważnioną** (Prezesa Zarządu lub pełnomocnika).
- Personel i lekarze nie powinni samodzielnie komentować działań placówki ani interpretować przepisów.
- W przypadku pytań technicznych (np. działanie systemu Aurero, integracji) – udział bierze wyłącznie osoba odpowiedzialna za IT (Karol Salamądry).
- Zabrania się udzielania ustnych informacji o pacjentach – dane mogą być przekazane tylko w formie kopii dokumentacji, zgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta.

### Krok 5. Zabezpieczenie danych

- W czasie kontroli zabronione jest:
  - udzielanie dostępu do pełnej bazy danych pacjentów,
  - przekazywanie loginów, haseł lub dostępów technicznych,
  - kopiowanie danych przez osoby z zewnątrz bez zgody Prezesa Zarządu.
- Jeżeli kontrola wymaga wglądu do systemów (np. Aurero), dostęp odbywa się w trybie **wglądu nadzorowanego** – w obecności przedstawiciela Medweed.

### Krok 6. Po zakończeniu kontroli

- Koordynator medyczny sporządza krótką **notatkę służbową** z przebiegu kontroli, zawierającą:
  - datę i czas kontroli,
  - instytucję kontrolującą i nazwiska kontrolerów,
  - zakres udostępnionej dokumentacji,
  - wnioski i uwagi.
- W przypadku otrzymania **protokołu pokontrolnego**, należy:
  - przekazać go niezwłocznie Prezesowi Zarządu,
  - zapisać kopię w archiwum dokumentacji administracyjnej Medweed,
  - omówić ewentualne zalecenia i wyznaczyć osoby odpowiedzialne za ich realizację.

### Krok 7. Działania po kontroli

- Jeśli kontrola zakończy się zaleceniami, koordynator medyczny przygotowuje plan działań naprawczych i przekazuje go Prezesowi Zarządu.
- W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących danych osobowych – wdraża się procedurę **PA-07 – Raportowanie incydentów RODO**.

## 6. Dokumentacja i zapisy

- Kopie upoważnień kontrolnych (jeśli pozyskane).
- Notatka służbowa z przebiegu kontroli.
- Protokół pokontrolny i dokumentacja zaleceń.
- Plan działań naprawczych (jeśli dotyczy).

## 7. Uwagi / ryzyka

- Udzielenie informacji bez upoważnienia może skutkować naruszeniem tajemnicy zawodowej i RODO.
- Brak współpracy z organem może skutkować karami administracyjnymi.
- Niewłaściwe zachowanie personelu lub ujawnienie danych pacjenta może być podstawą do odpowiedzialności dyscyplinarnej.
- Każda kontrola powinna być traktowana jako poufna — zabronione jest przekazywanie informacji o jej przebiegu osobom trzecim.

# PA-10 – Postępowanie z dokumentacją papierową w gabinecie lekarskim (Załącznik nr 1)

## 1. Kod i nazwa

**PA-10 – Procedura przechowywania, zabezpieczenia i archiwizacji dokumentacji papierowej pacjenta (Załącznik nr 1)**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie prawidłowego i bezpiecznego przechowywania papierowych dokumentów pacjentów – w szczególności **Załącznika nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego**, tj. *Zgody pacjenta na leczenie medyczną marihuaną oraz przetwarzanie danych osobowych*. Dokument ten stanowi jedyny element dokumentacji pacjenta w formie papierowej i podlega szczególnej ochronie.

## 3. Zakres stosowania

Procedura obowiązuje wszystkich lekarzy współpracujących z **Medweed (WEKK Sp. z o.o.)**, którzy przechowują fizyczne zgody pacjentów w gabinecie lekarskim, niezależnie od lokalizacji.

## 4. Odpowiedzialność

- **Lekarz prowadzący** – ponosi pełną odpowiedzialność za kompletność, poprawność i zabezpieczenie dokumentacji papierowej.
- **Koordynator medyczny** – nadzoruje poprawność stosowania procedury i może kontrolować stan dokumentacji w gabinetach.
- **Prezes Zarządu (Administrator Danych)** – odpowiada za nadzór nad zgodnością z RODO.

## 5. Opis postępowania

### Krok 1. Wypełnienie dokumentu

- Przed rozpoczęciem wizyty pacjent wypełnia i podpisuje **Załącznik nr 1 – Zgodę na leczenie medyczną marihuaną i przetwarzanie danych osobowych**.
- Lekarz jest odpowiedzialny za sprawdzenie:
  - czy dokument został wypełniony w całości,
  - czy podpis pacjenta jest czytelny i zgodny z tożsamością,

- czy wskazane zostały wszystkie wymagane zgody (leczenie + przetwarzanie danych).
- Dokument jest przechowywany wyłącznie w formie papierowej – nie skanuje się go do systemu Aurero.

## Krok 2. Archiwizacja w gabinecie

- Po podpisaniu dokumentu lekarz umieszcza go w teczce, przechowywanej w **zamykanej szafce lub segregatorze** przeznaczonym wyłącznie do dokumentacji Medweed.
- Dokumentacja musi być przechowywana w sposób uniemożliwiający dostęp osobom postronnym.
- Dostęp mają wyłącznie: lekarz, koordynator medyczny, Prezes Zarządu lub osoby przez niego upoważnione.

## Krok 3. Okres przechowywania

- Załącznik nr 1 przechowuje się przez **20 lat od daty ostatniej wizyty pacjenta**, zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta.
- W przypadku pacjentów zmarłych lub dokumentacji związanej z błędem medycznym – okres przechowywania wynosi **30 lat**.
- Po upływie okresu archiwizacji dokumentacja może zostać **zniszczona** na podstawie **protokołu brakowania**, zatwierdzonego przez Prezesa Zarządu.

## Krok 4. Transport i przekazanie dokumentacji

- W razie zmiany miejsca udzielania świadczeń, lekarz zobowiązany jest do przekazania dokumentacji do nowego gabinetu lub centrali WEKK Sp. z o.o. w sposób zabezpieczony (np. przesyłka kurierska z potwierdzeniem odbioru).
- Dokumentacja nie może być przewożona razem z dokumentami prywatnymi ani pozostawiana bez nadzoru.
- Każde przekazanie dokumentacji powinno zostać udokumentowane **protokołem przekazania**, zawierającym datę, liczbę kart i podpisy osób przekazujących oraz przyjmujących.

## Krok 5. Utrata lub uszkodzenie dokumentu

- W przypadku zagubienia, zniszczenia lub uszkodzenia dokumentu, lekarz **niezwłocznie informuje koordynatora medycznego oraz Prezesa Zarządu**.
- Zdarzenie zostaje zarejestrowane jako **incydent RODO** i opisane zgodnie z procedurą **PA-07 – Raportowanie incydentów**.

- Jeśli to możliwe, od pacjenta należy uzyskać ponowny podpis na nowym egzemplarzu dokumentu.

## 6. Dokumentacja i zapisy

- Fizyczne egzemplarze *Załącznika nr 1* przechowywane w gabinetach.
- Rejestr pacjentów (Aurero) z adnotacją o dacie podpisania zgody.
- Protokoły przekazania dokumentacji między lokalizacjami.
- Protokół brakowania dokumentów po zakończeniu okresu archiwizacji.

## 7. Uwagi / ryzyka

- Niedopuszczalne jest przechowywanie dokumentów w otwartych segregatorach lub szufladach bez zabezpieczenia.
- Nie wolno kopiować ani skanować zgód pacjentów poza sytuacjami administracyjnymi uzgodnionymi z Prezesem Zarządu.
- Zgoda pacjenta stanowi dokument medyczny – jej brak może skutkować uznaniem terapii za nielegalną w świetle przepisów ustawy o prawach pacjenta.
- Każdy lekarz ponosi osobistą odpowiedzialność za utratę lub nieuprawnione ujawnienie dokumentów przechowywanych w jego gabinecie.

## 8. Załączniki

- **Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego – Zgoda na leczenie medyczną marihuaną i przetwarzanie danych osobowych.**

# PA-11 – Postępowanie z dokumentacją elektroniczną (Aurero, e-recepty, e-skierowania, e-zwolnienia)

## 1. Kod i nazwa

**PA-11 – Procedura tworzenia, przechowywania i zabezpieczenia dokumentacji elektronicznej w Medweed**

## 2. Cel procedury

Celem procedury jest zapewnienie bezpieczeństwa, integralności i poufności elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów w podmiocie leczniczym **WEKK Sp. z o.o. (Medweed)**, prowadzonej za pośrednictwem systemu **Aurero** oraz powiązanych systemów teleinformatycznych.

### 3. Zakres stosowania

Procedura dotyczy:

- lekarzy i osób upoważnionych do prowadzenia dokumentacji w systemie Aurero,
- dokumentów elektronicznych takich jak: e-recepty, e-zwolnienia, e-skierowania, notatki medyczne, wpisy ICD-10,
- koordynatorów medycznych i personelu administracyjnego mających dostęp do kont pacjentów lub danych w Aurero,
- administratora IT odpowiedzialnego za utrzymanie połączeń i integracji systemu.

### 4. Odpowiedzialność

- **Lekarze** – za rzetelne prowadzenie i zabezpieczenie elektronicznej dokumentacji pacjentów.
- **Koordynator medyczny** – za monitorowanie poprawności wpisów i obsługę zgód pacjentów.
- **Administrator IT (Karol Salamądry)** – za bezpieczeństwo techniczne integracji i systemów komunikacji.
- **Administrator danych (Prezes Zarządu)** – za zgodność przetwarzania danych z przepisami RODO.

### 5. Opis postępowania

#### Krok 1. Tworzenie dokumentacji elektronicznej

- Każdy wpis medyczny w systemie Aurero musi być przypisany do konkretnego lekarza, który był obecny przy świadczeniu.
- Dokumentację elektroniczną tworzy się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w języku polskim, zgodnie z art. 25 ustawy o prawach pacjenta.
- Wpis powinien obejmować:
  - rozpoznanie (kod ICD-10),
  - opis stanu pacjenta,
  - zastosowane leczenie i zalecenia,
  - informację o wystawionej e-recepcie, e-zwolnieniu lub e-skierowaniu,

- imię i nazwisko lekarza oraz datę wpisu.
- Niedopuszczalne jest kopiowanie wpisów między pacjentami lub edytowanie dokumentacji innego lekarza.

## **Krok 2. Wystawianie dokumentów elektronicznych**

- Dokumenty wystawia się wyłącznie z konta lekarza w systemie Aurero, po uwierzytelnieniu profilem zaufanym lub certyfikatem lekarskim.
- Lekarz jest odpowiedzialny za poprawność danych wpisanych do dokumentu oraz za jego autoryzację elektroniczną.
- Po wystawieniu dokumentu, system automatycznie zapisuje numer recepty, datę i podpis cyfrowy w historii pacjenta.

## **Krok 3. Przechowywanie i archiwizacja**

- Wszystkie dokumenty elektroniczne są automatycznie archiwizowane w systemie Aurero.
- System zapewnia możliwość odtworzenia pełnej historii medycznej pacjenta (chronologicznie).
- Dane pacjentów są przechowywane przez **20 lat od daty ostatniego wpisu**, a dokumenty dotyczące zgonów lub chorób zakaźnych – **30 lat**.
- Zabronione jest eksportowanie danych pacjentów poza system Aurero, chyba że na żądanie uprawnionego organu (np. RPP, sądu).

## **Krok 4. Ochrona i bezpieczeństwo danych**

- Dostęp do systemu Aurero mają wyłącznie osoby posiadające indywidualny login i hasło.
- Hasła muszą być zmieniane nie rzadziej niż co 90 dni.
- Każda próba nieautoryzowanego logowania lub pobrania danych jest rejestrowana przez administratora.
- W przypadku pracy zdalnej lekarz ma obowiązek korzystać z zabezpieczonego połączenia internetowego (szyfrowanego SSL/VPN).

## **Krok 5. Dostęp i ograniczenia**

- Lekarz ma dostęp wyłącznie do dokumentacji pacjentów, których prowadził osobiście.
- Personel administracyjny ma dostęp wyłącznie do danych kontaktowych i kalendarza wizyt – bez wglądu w historię medyczną.

- Administrator IT ma dostęp techniczny do systemu w zakresie utrzymania integracji – bez prawa przeglądania danych pacjentów.
- Koordynator medyczny może wglądać w dane tylko w zakresie niezbędnym do obsługi pacjenta (np. numer wizyty, daty, płatności).

## **Krok 6. Utrata lub awaria systemu**

- W przypadku awarii systemu Aurero lub utraty dostępu do danych, lekarz niezwłocznie informuje:
  - administratora IT,
  - koordynatora medycznego,
  - Prezesa Zarządu (jeśli awaria ma wpływ na bezpieczeństwo danych).
- Wszystkie awarie i przerwy w dostępie należy odnotować w **Rejestrze incydentów technicznych** (zgodnie z PA-07).
- Po przywróceniu działania systemu lekarz uzupełnia dokumentację w ciągu 24 godzin.

## **6. Dokumentacja i zapisy**

- Historia medyczna pacjenta w systemie Aurero.
- Logi systemowe dostępu (login, data, IP, czynność).
- Rejestr incydentów technicznych i awarii.
- Potwierdzenia autoryzacji e-recept i e-zwolnień.

## **7. Uwagi / ryzyka**

- Udostępnienie danych pacjentów poza system Aurero jest naruszeniem RODO.
- Wystawienie e-recepty bez kontaktu z pacjentem może być uznane za naruszenie art. 42 ustawy o zawodzie lekarza.
- Utrata danych, błędne logowanie lub użycie wspólnych kont traktuje się jako incydent bezpieczeństwa.
- Lekarz ponosi odpowiedzialność za treść i podpisane cyfrowo dokumenty.

## **8. Załączniki**

- **Wzór wpisu medycznego w systemie Aurero.**
- **Wzór rejestru incydentów technicznych.**

- **Procedura zgłaszania awarii IT (powiązanie z PA-07).**

## Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Zbiór Procedur wchodzi w życie z dniem podpisania przez Prezesa Zarządu WEKK Sp. z o.o.
2. Dokument obowiązuje we wszystkich placówkach działających pod marką **Medweed**.
3. Za nadzór nad stosowaniem procedur odpowiada **Koordynator Medyczny** oraz **Członkowie Zarządu WEKK Sp. z o.o.**
4. Każda zmiana lub aktualizacja Zbioru Procedur wymaga zatwierdzenia w formie pisemnej decyzji Prezesa Zarządu i oznaczenia numeru wersji dokumentu.
5. Wersje nieaktualne przechowuje się w archiwum dokumentacji wewnętrznej przez minimum 5 lat.

## Podpisy i zatwierdzenie

**Opracował:** Konrad Kołodziejcki

10.10.2025

*Konrad Kołodziejcki*

**Zatwierdził:** Konrad Kołodziejcki  
Konrad Welenc

10.10.2025

*Konrad Welenc*  
*Konrad Kołodziejcki*

**Stanowisko:** Członkowie Zarządu WEKK Sp. z o.o.