



## PROCEDURA

### INFORMOWANIA PACJENTA O STANIE JEGO ZDROWIA

#### § 1

Pacjent ma prawo do pełnej i zrozumiałej informacji o własnym stanie zdrowia a personel medyczny Szpitala ma obowiązek informowania pacjenta o jego stanie zdrowia, przebiegu leczenia i dających się przewidzieć jego skutkach.

#### § 2

Postępowanie personelu medycznego Szpitala podczas udzielania Pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia:

1. W razie niepomysłnej dla Pacjenta diagnozy lekarz powinien przekazać informację z zachowaniem taktu i empatii.
2. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może zostać ograniczona, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
3. Jeżeli Pacjent pragnie zapoznać się z pełną informacją o złym stanie swojego zdrowia ma do tego pełne prawo.
4. Pacjent ma prawo wglądu do bieżącej dokumentacji medycznej odnoszącej się do jego osoby.
5. Informacja dotycząca stanu zdrowia powinna być przekazywana Pacjentowi na każdym etapie hospitalizacji, w sposób odpowiadający jego zdolnościom zrozumienia, przy jak najmniejszym udziale niezrozumiałej terminologii medycznej.
6. W przypadku pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (ubezwłasnowolnionych) oraz pacjentów z brakiem świadomości, dopuszcza się realizowanie prawa do informacji o stanie zdrowia nie przez samego pacjenta ale przez inne osoby tj. osoby bliskie (małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta).
7. Pacjent ma prawo nie być informowany o stanie swojego zdrowia, o ile przedstawi wyraźne oświadczenie, że informacji takiej sobie nie życzy (adnotacja w historii

choroby), jednak zachowuje prawo do wskazania innych osób, którym informacja taka ma być przekazywana (adnotacja w historii choroby).

8. Wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta uzyskane w związku z udzielanymi mu świadczeniami medycznymi powinny być przez personel medyczny zachowane w tajemnicy.

### § 3

Zakres informacji udzielanej Pacjentowi podczas przyjęcia do Szpitala (lekarz dyżurny Izby Przyjęć, lekarz dyżurny SOR):

1. Przyczyny konieczności hospitalizacji,
2. Rozpoznanie wstępne,
3. Potrzeba wykonania badań dodatkowych.

### § 4

Zakres informacji udzielanych Pacjentowi podczas pobytu na oddziałach szpitalnych (Ordynator/Kierownik Oddziału, lekarz prowadzący, lekarz dyżurny):

1. Rodzaj schorzenia,
2. Objawy towarzyszące,
3. Plan leczenia z uwzględnieniem celów i możliwości dalszego procesu terapeutycznego,
4. Konieczność wykonania badań w czasie hospitalizacji,
5. Konieczność wykonania zabiegu w czasie hospitalizacji wraz z podaniem informacji w tym zakresie,
6. Możliwość wystąpienia ewentualnych powikłań w trakcie lub po wykonaniu zabiegu,
7. Skutki zaniechania dalszego leczenia lub rehabilitacji.

### § 5

W momencie wypisu pacjenta ze Szpitala, informacja obejmuje :

1. Aktualny stan zdrowia pacjenta,
2. Zalecenia dotyczące dalszego postępowania w warunkach ambulatoryjnych dla lekarza przejmującego dalszą opiekę oraz zalecenia dla pacjenta.

Sporządził:

mgr D. Lidtke