



SORRISO

DENTAL CLINIC

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

PODMIOTU LECZNICZEGO

Podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz
spółka z o.o.

(Zakład leczniczy Sorrison Dental Clinic)

rejestracja@sorrison.pl | +48 52 880 88 20 | www.sorrison.pl

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie art. 23 § 1 ustawy o działalności leczniczej zostaje ustanowiony niniejszy Regulamin organizacyjny, który jest wewnętrznym dokumentem określającym **sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych** w podmiocie leczniczym **Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o.** wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego pod numerem księgi rejestrowej 000000253986.
2. Regulamin organizacyjny określa **w szczególności**:
 - a) nazwę podmiotu leczniczego, jego cele i zadania;
 - b) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
 - c) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - d) miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - e) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - f) organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych
 - g) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w szczególności dla zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - h) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - i) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - j) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych;
 - k) sposób kierowania jednostkami oraz komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego;
 - l) prawa i obowiązki pacjenta;
 - m) rozpatrywanie skarg pacjentów.

§ 2

1. Podmiot leczniczy działa na podstawie:

- a) **Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.);
 - b) **Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.);
 - c) **Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty** (Dz.U. 2008 Nr 136, poz. 857 z późn. zm.);
 - d) **Ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe** (Dz. U. 2014 poz. 1512 z późn. zm.);
 - e) **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** (Dz. U. 2020 poz. 666);
 - f) **rozporządzeń wydanych na podstawie upoważnień zawartych w ustawach wymienionych w pkt a–d;**
 - g) **wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;**
 - h) **niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.**
2. Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:
- a) **Regulamin** – niniejszy dokument;
 - b) **Pacjent** – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
 - c) **Świadczenia zdrowotne** – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
 - d) **Dokumentacja medyczna** – dokumentacja medyczna w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ II

FIRMA, CELE I ZADANIA PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 3

1. Podmiot leczniczy działa pod firmą **Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o** , wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Toruniu VII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 000 0917880 , NIP:9562370505, REGON: 389751006 z siedzibą w Toruniu przy ul. Polnej 7b/11 .
2. **Celem** działalności podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także promocja zdrowia, prowadzenie działalności profilaktyczno-leczniczej w zakresie stomatologii.
3. **Do zadań** podmiotu leczniczego należy w szczególności:
 - a) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki i przeprowadzenia procesu leczenia pacjenta w zakresie dostępnym w ramach jego struktury organizacyjnej;
 - b) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości;
 - c) zapewnienie sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostyczno – terapeutycznym;
 - d) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, szkołami, zakładami pracy, organizacjami, stowarzyszeniami;
 - e) promocja zdrowia.

ROZDZIAŁ III

STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 4

1. W skład podmiotu leczniczego wchodzi jeden zakład leczniczy: **Sorriso Dental Clinic**
2. Strukturę organizacyjną zakładu leczniczego tworzy **jednostka organizacyjna zakład leczniczy Sorriso Dental Clinic** w obrębie której funkcjonują następujące **komórki organizacyjne**:

Nazwa komórki organizacyjnej	Część VII	Część VIII	Część IX	Część X
Pracownia Rentgenodiagnostyki	001	7240 Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	HC.4.2.3 Rentgenodiagnostyka HC.4.2.2 Tomografia komputerowa	31 Radiologia i diagnostyka obrazowa 31 Radiologia i diagnostyka obrazowa

Nazwa komórki organizacyjnej	Część VII	Część VIII	Część IX	Część X
Pracownia Tomografii Komputerowej	002	7220 Pracownia tomografii komputerowej	HC.4.2.2 Tomografia komputerowa	31 Radiologia i diagnostyka obrazowa

Nazwa komórki organizacyjnej	Część VII	Część VIII	Część IX	Część X
Poradnia stomatologiczna	003	1800 Poradnia stomatologiczna	HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne HC.4.2.3 Rentgenodiagnostyka	77 Stomatologia zachowawcza z endodoncją 31 Radiologia i diagnostyka obrazowa

ROZDZIAŁ IV

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 5

1. Podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju **ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** w zakresie:

- a) stomatologii zachowawczej z endodoncją,
 - b) stomatologii dziecięcej,
 - c) protetyki stomatologicznej,
 - d) periodontologii,
 - e) ortodoncji,
 - f) chirurgii stomatologicznej oraz
 - g) radiologii i diagnostyki obrazowej.
2. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
 3. Realizujemy cele i zadania, o których mowa w § 3, zapewniamy pacjentom opiekę stomatologiczną realizowaną zgodnie ze aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami oraz z poszanowaniem zasad etyki zawodowej i praw pacjenta.

ROZDZIAŁ V

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 6

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakładzie leczniczym Sorriso Dental Clinic przy ul. Ogińskiego 2 w Bydgoszczy.
2. Niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym świadczenia zdrowotne, w tym badania diagnostyczne, które nie mogą być wykonane w podmiocie leczniczym, mogą być zrealizowane na rzecz pacjentów w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w tym także na podstawie zawartych przez podmiot leczniczy umów.

ROZDZIAŁ VI

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 7

1. **Poradnia stomatologiczna** jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 20:00 oraz w sobotę w godz. 08:00 do 14:00.
2. **Pracownia rentgenodiagnostyki stomatologicznej oraz tomografii komputerowej** jest czynna od od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 20:00 oraz w sobotę w godz. 08:00 do 14:00.
3. Harmonogram pracy podmiotu leczniczego jest podany do wiadomości pacjentów w jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego w miejscach ogólnodostępnych, a także na stronie internetowej www.sorriso.pl.

§ 8

1. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego jest rejestracja Pacjenta. Odbywa się ona w każdej dostępnej formie, tj. **osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie lub online**, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. Rejestracja Pacjentów oraz umawianie terminów wizyt należy do zadań personelu administracyjnego podmiotu leczniczego, który to ustala termin wizyty w sposób dostosowany do kalendarza wizyt prowadzonego przez poszczególnych lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym oraz harmonogramu pracy podmiotu leczniczego.
3. Ustalony przez Pacjenta termin wizyty może zostać zmieniony lub odwołany na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.
4. Podczas ustalenia terminu wizyty niezbędne jest podanie w szczególności następujących danych Pacjenta: imię i nazwisko oraz numer telefonu.
5. W uzgodnionym terminie wizyty **Pacjent zobowiązany jest zgłosić się 15 minut wcześniej w przypadku pierwszej wizyty oraz punktualnie w przypadku kolejnych wizyt**, a w razie niemożności wypełnienia powyższego obowiązku, jest on zobowiązany niezwłocznie poinformować telefonicznie lub poprzez SMS podmiot leczniczy o takiej okoliczności. Ustalony przez pacjenta termin wizyty może zostać zmieniony lub odwołany na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.
6. Podmiot leczniczy **zastrzega sobie prawo odstąpienia od wcześniej ustalonego terminu wizyty** w przypadku wystąpienia okoliczności, które uniemożliwią udzielenie Pacjentowi świadczenia zdrowotnego, w szczególności jeśli okoliczności te nie były do przewidzenia w chwili ustalania

terminu wizyty. W razie zaistnienia powyższych okoliczności Pacjent zostaje niezwłocznie poinformowany telefonicznie lub poprzez SMS.

7. **Podmiot leczniczy ma prawo do weryfikacji tożsamości Pacjenta.** Potwierdzeniu tożsamości mogą posłużyć następujące dokumenty: dowód osobisty, paszport, karta pobytu, legitymacja szkolna lub studencka. Odmowa okazania dokumentu potwierdzającego tożsamość może skutkować nieudzieleniem świadczenia zdrowotnego.

§ 9

1. Podmiot leczniczy **udziela świadczeń zdrowotnych dzieciom i osobom dorosłym odpłatnie.** Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne ustalona została w cenniku, stanowiącym *załącznik nr 1 do Regulaminu*, podanym do wiadomości Pacjentów przez jego umieszczenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej www.sorriso.pl.
2. Płatności za udzielone w podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne dokonywane są przez Pacjentów **gotówką, kartą płatniczą** w dniu wykonania usługi lub **za zgodą kierownika podmiotu leczniczego przelewem na wskazany rachunek bankowy**, w tym za świadczenia zdrowotne, które wymagają uiszczenia zadatku lub zaliczki na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.
3. **W przypadku nieuregulowania przez Pacjenta płatności, podmiot leczniczy podejmie odpowiednie kroki, mające na celu egzekucję należności.**
4. Do świadczeń zdrowotnych, dla **których wymagana może być wpłata zadatku** należą:
 - a) zabiegi z zakresu protetyki stomatologicznej,
 - b) zabiegi z zakresu endodoncji,
 - c) zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej,
 - d) zabiegi z zakresu ortodoncji,
 - e) zabiegi z zakresu implantologii.
 - f) zabiegi z zakresu periodontologii.
5. **Wpłata zadatku jest równoznaczna z rezerwacją terminu wizyty** w celu udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego. W przypadku braku terminowej wpłaty zadatku, **termin wizyty zostaje anulowany.**
6. Jeśli świadczenie zdrowotne **nie może być udzielone z przyczyn leżących po stronie Pacjenta**, w szczególności w przypadku nieprzybycia, nieodwołania wizyty, uiszczony na poczet tej wizyty

zadatek przepada i stanowi wynagrodzenie podmiotu leczniczego za gotowość do udzielenia zaplanowanego świadczenia zdrowotnego .

7. **W przypadku odwołania wizyty przez Pacjenta lub lekarza zadatek podlega zwrotowi**, w wysokości wartości zadatku, **w sytuacji wystąpienia okoliczności, za które żadna ze stron umowy na leczenie odpowiedzialności nie ponosi**, w szczególności zaistnienia zdarzenia losowego u Pacjenta, po przedłożeniu przez niego stosownego zaświadczenia lub dokumentów lub zdarzenia losowego u lekarza.
8. **Pacjent przed wystawieniem paragonu jest zobowiązany poinformować personel rejestracji podmiotu leczniczego o chęci otrzymania faktury VAT.** Zgodnie z art. 106b ust. 5. ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług w przypadku sprzedaży zaewidencjonowanej przy zastosowaniu kasy rejestrującej potwierdzonej paragonem fiskalnym fakturę na rzecz podatnika wystawia się wyłącznie, jeżeli paragon potwierdzający dokonanie tej sprzedaży zawiera numer NIP.
9. Pacjent podczas pierwszej wizyty zobowiązany jest wypełnić **ankietę zdrowia, zapoznać się i podpisać ogólne warunki leczenia oraz klauzulę informacyjną RODO** oraz ma prawo złożyć pisemne **oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji** o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, **oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji.** Wzory oświadczeń dostępne są w rejestracji podmiotu leczniczego oraz stanowią *załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.*
10. W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego Pacjent **ma prawo do uzyskania wszystkich niezbędnych informacji oraz wyjaśnień**, w szczególności dotyczących postawionej diagnozy, a także potrzeb profilaktyczno-leczniczych.
11. Pacjent posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy bądź opiekun prawny Pacjenta **wyraża pisemną zgodę na zabiegi wykonywane w podmiocie leczniczym, dla których forma ta została wyraźnie zastrzeżona na gruncie obowiązujących przepisów prawa.** Bez wyrażenia zgody, leczenie nie zostanie rozpoczęte, a Pacjent zostanie poinformowany o wszelkich negatywnych następstwach takiej decyzji dla jego zdrowia.
12. Podczas leczenia protetycznego **Pacjent jest zobowiązany podpisać dokumenty** świadczące o **akceptacji poszczególnych etapów leczenia**, w tym jego zakończenia (np. **zgoda na zacementowanie pracy stałej**) .

13. **Brak pisemnej akceptacji poszczególnych etapów pracy protetycznej przez Pacjenta, w tym jego zakończenia, przy jednoczesnym składaniu przez Pacjenta ogólnych uwag lub zastrzeżeń do pracy bez ich konkretyzacji skutkuje uznaniem, iż Pacjent odstąpił od leczenia.** Dopiero po uzyskaniu pisemnej akceptacji danego etapu proces leczniczy będzie kontynuowany. Wszelkie negatywne następstwa odstąpienia przez Pacjenta od leczenia obciążają wyłącznie pacjenta i obejmują sytuację, gdy na skutek odstąpienia od leczenia proces ten będzie musiał być przeprowadzony od nowa, w tym także ponownie będzie musiała zostać wykonana praca protetyczna, a której to koszty w całości pokryje pacjent.
14. W zależności od zakresu zaplanowanego leczenia, **lekarz może w ramach sporządzanej dokumentacji medycznej zlecić wykonanie:**
- dokumentacji radiologicznej,
 - dokumentacji fotograficznej, w tym zdjęć twarzy oraz wewnątrzustnych
 - modeli gipsowych górnego i dolnego łuku zębowego
 - cyfrowego skanu górnego i dolnego łuku zębowego.
15. Jednym z warunków zachowania prawidłowych wyników leczenia jest **dbanie o higienę jamy ustnej, odbywanie wizyt kontrolnych zgodnie z zaleceniami lekarza oraz wykonywanie zabiegów higienizacyjnych** w podmiocie leczniczym nie rzadziej niż co sześć miesięcy.

§ 10

- Podmiot leczniczy **nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego** osobie w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować u niej **niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**
- Podmiot leczniczy może nie podjąć lub odstąpić od leczenia Pacjenta,** jeżeli istnieją poważne ku temu powody, **w szczególności** gdy:
 - Pacjent odmówił wyrażenia pisemnej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, dla którego forma ta jest wymagana;
 - stan Pacjenta wskazuje na spożycie alkoholu, środków odurzających lub innych substancji, które mogłyby w ocenie personelu podmiotu leczniczego wpłynąć na wystąpienie ewentualnych powikłań w związku z wykonywanym świadczeniem zdrowotnym lub uniemożliwić lub utrudnić wykonanie świadczenia zdrowotnego;

- c) Pacjent nie stosuje się do zaleceń personelu podmiotu leczniczego co do konieczności przygotowania się w określony sposób do świadczenia, w tym w szczególności do wykonania niezbędnych badań oraz do przedłożenia ich wyników w podmiocie leczniczym we wskazanym terminie;
- d) w ocenie lekarza Pacjent nie kwalifikuje się do wykonania danego świadczenia zdrowotnego;
- e) Pacjent żąda udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego ze sztuką medyczną i/lub aktualną wiedzą medyczną;
- f) Pacjent odmówi udzielenia informacji niezbędnych dla prawidłowego udzielenia świadczenia zdrowotnego lub wypełnienia wszystkich stosowanych w podmiocie leczniczym i wymaganych przepisami prawa dokumentów;
- g) Pacjent nie wyrazi zgody na wykonanie w szczególności dokumentacji radiologicznej, fotograficznej, która to stanowi element dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy;
- h) Pacjent nie dokona płatności w sposób zgodny z postanowieniami niniejszego Regulaminu;
- i) Pacjent lub jego rodzina zachowują się agresywnie, obraża, podważa kompetencje personelu lub zakłóca pracę kliniki,
- j) Zakład leczniczy Sorriso Dental Clinic (podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz) zastrzega sobie możliwość odmowy udzielenia świadczeń medycznych Pacjentowi, który 2 i więcej razy nie pojawił się na potwierdzonej wizycie lub nie odwołał 2 lub więcej razy wizyty z przynajmniej 24h wyprzedzeniem.

ROZDZIAŁ VII

ORGANIZACJA ORAZ ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 11

1. **Zadaniem jednostek organizacyjnych** podmiotu leczniczego jest **prowadzenie działań zmierzających do ochrony oraz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa** poprzez organizowanie i

udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, w tym także wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania pacjentom, których stan zdrowia tego wymaga, stałe monitorowanie i podnoszenie jakości udzielanych świadczeń, promocja zdrowia oraz przestrzeganie praw pacjenta, w szczególności określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Do zadań komórek organizacyjnych należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w zakresie:
 - a) stomatologii zachowawczej z endodoncją,
 - b) stomatologii dziecięcej,
 - c) protetyki stomatologicznej,
 - d) periodontologii,
 - e) ortodoncji,
 - f) chirurgii stomatologicznej oraz
 - g) radiologii i diagnostyki obrazowej.
3. Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, przy uwzględnieniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej, Praw Pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, w warunkach odpowiadających obowiązującym wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz standardom określonym w odrębnych przepisach.

ROZDZIAŁ VIII

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO ORAZ WSPÓLDZIAŁANIE Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 12

1. Jednostki i komórki organizacyjne Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o współpracują ze sobą w celu zapewnienia ciągłości i płynności udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych oraz sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego pod względem diagnostyczno-leczniczym, i administracyjno-gospodarczym.

2. W procesie udzielania świadczeń zdrowotnych podmiot leczniczy może współdziałać z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowej i kompleksowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania na podstawie umowy o współpracy, a także z organizacjami społecznymi, fundacjami, stowarzyszeniami naukowymi i innymi instytucjami, których statutowym zadaniem jest działanie na rzecz zdrowia społeczeństwa.
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach podmiot leczniczy może skierować Pacjenta do dalszego leczenia w placówce o wyższym poziomie referencyjnym.
4. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ IX

OPLĄTY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 13

1. Podmiot leczniczy **prowadzi dokumentację medyczną w sposób określony odrębnymi przepisami oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.**
2. Podmiot leczniczy **udostępnia dokumentację medyczną** na zasadach określonych w *Regulaminie udostępnienia dokumentacji medycznej*, stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ X

ODWOŁYWANIE WIZYT

§ 14

1. **W miarę możliwości organizacyjnych wizyty Pacjentów są potwierdzane** przez pracowników podmiotu leczniczego telefonicznie lub poprzez SMS **2 dni przed planowanym terminem wizyty**, a w przypadku wizyty, podczas której ma być przeprowadzany **zabieg implantacji 7 oraz 2 dni**

przed planowanym terminem wizyty. W przypadku wizyt zaplanowanych na wtorek potwierdzenie wizyty następuje w sobotę lub niedzielę.

2. **Brak potwierdzenia wizyty przez Pacjenta do 24 h przed planowaną wizytą będzie skutkowało automatycznym anulowaniem wizyty.** W miarę możliwości przerobowych rejestracja poinformuje pacjenta o anulowaniu wizyty drogą smsową.

3. **Odwołanie wizyty może odbywać się bezpośrednio w recepcji, telefonicznie, bądź przy pomocy komunikatora internetowego, przy czym:**

- **wizyty zarezerwowane do 36 godzin** przed terminem wizyty powinny być odwoływane przez Pacjenta do 24 h przed ustalonym terminem wizyty ,
- **wizyty zarezerwowane w czasie krótszym niż 36 godzin** przed wyznaczonym terminem, muszą być odwołane minimum 8 godzin przed realizacją wizyty,
- **wizyty zarezerwowane w czasie krótszym niż 12 godzin** przed wyznaczonym terminem, muszą być odwołane co najmniej na 2 godzinę przed realizacją wizyty,
- **wizyty zaplanowane na poniedziałek** odwołać należy najpóźniej w piątek do godziny 15:00.

4. **W przypadku dwukrotnego lub więcej niepojawienia się Pacjenta na wcześniej potwierdzonej wizycie lub nieodwołania wizyty wg. ram czasowych opisanych w § 14 pkt.3 , Zakład leczniczy Sorriso Dental Clinic (podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz) zastrzega sobie możliwość odmowy udzielania dalszych świadczeń medycznych Pacjentowi lub zastrzega sobie możliwość wyznaczenia nowego terminu wizyty dopiero po uiszczeniu przez Pacjenta zadatku, w zależności od rodzaju zaplanowanej wizyty w wysokości:**

- a) 150 zł za każde zaplanowane 30 minut wizyty,
- b) wyceny indywidualnej zadatku w przypadku zabiegów chirurgicznych, implantologicznych czy protetycznych..

5. **Brak odwołania przez Pacjenta wizyty na zasadach i w sytuacjach określonych w niniejszym Regulaminie skutkuje utratą zadatku.**

6. Podmiot leczniczy ma prawo do przesunięcia ustalonej przez Pacjenta wizyty z przyczyn od siebie niezależnych. W takim wypadku wpłacony przez Pacjenta zadatek przechodzi na nowo ustalony termin wizyty.

7. W przypadku rezygnacji przez lekarza z leczenia na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie - mowa tutaj będzie o odstąpieniu od leczenia w myśl przepisów ustawy lekarskiej, tzn.

niestosowania się do zaleceń, podważania naszych kompetencji etc., **zwraca on Pacjentowi wpłacony zadatek.**

ROZDZIAŁ XI

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 15

1. **Pacjentowi** korzystającemu ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach działalności prowadzonej przez podmiot leczniczy **przysługują prawa przewidziane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**
2. Informacja o prawach Pacjenta udostępniona jest Pacjentom w podmiocie leczniczym w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym i stanowi *załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.*

§ 16

1. Każdy Pacjent podmiotu leczniczego zobowiązany jest do przestrzegania zapisów wynikających z niniejszego Regulaminu Organizacyjnego oraz innych wewnętrznych regulacji dotyczących zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, które zostały mu udostępnione poprzez podanie do wiadomości w miejscu ogólnodostępnym podmiotu leczniczego, a także na stronie internetowej www.sorriso.pl.
2. **Pacjent ma obowiązek** w szczególności:
 - a) posiadania w dniu zgłoszenia się do podmiotu leczniczego **ważnych dokumentów ze zdjęciem pozwalających na potwierdzenie jego tożsamości,**
 - b) przestrzegania zakazu wnoszenia i spożywania na terenie jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego napojów alkoholowych, środków odurzających, palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych oraz innych substancji, które mogłyby zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta, powodować lub zwiększać ryzyko powikłań zarówno podczas, jak i po zabiegu,

- c) na czas trwania świadczenia zdrowotnego pozostawić swoje ubrania w miejscu do tego wyznaczonym, a **przedmioty wartościowe i pieniądze zabrać ze sobą pod rygorem braku odpowiedzialności podmiotu leczniczego za rzeczy**, przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione bez nadzoru. Zaleca się pozostawienie wartościowych rzeczy w domu.
- d) na czas udzielania świadczenia zdrowotnego **Pacjent zobowiązany jest wyłączyć wszystkie urządzenia elektroniczne, w tym w szczególności telefon komórkowy,**
- e) **poszanowania mienia będącego własnością podmiotu leczniczego**, szkody powstałe z winy Pacjenta zostaną usunięte na jego koszt. Pacjent zobowiązany jest uregulować w rejestracji podmiotu leczniczego należność z tytułu usunięcia szkód powstałych z jego winy, w wysokości odpowiadającej rzeczywistym kosztom ich usunięcia.
- f) **poszanowania mienia innych Pacjentów,**
- g) zachowania zasady korzystania z telefonu komórkowego **w sposób niestwarzający uciążliwości dla innych Pacjentów oraz pracowników placówki,**
- h) zachowania czystości w miejscach, z których korzysta.
- i) właściwego użytkowania sprzętu i urządzeń podmiotu leczniczego,
- j) **poszanowania godności i prywatności innych Pacjentów oraz personelu podmiotu leczniczego, przestrzegania zaleceń personelu podmiotu leczniczego, a także bezwzględnie obowiązujących na terenie podmiotu leczniczego zasad porządkowych i bezpieczeństwa.**

3. **Pacjenci podmiotu leczniczego nie mogą:**

- a) samowolnie korzystać ze sprzętów i aparatury służących do realizacji świadczeń zdrowotnych, uruchamiać ich i wyłączać,
- b) wchodzić do pomieszczeń, w których realizowane są świadczenia bez zgody personelu podmiotu leczniczego,
- c) zakłócać realizacji świadczeń zdrowotnych.

4. Na każdym etapie udzielania świadczenia zdrowotnego **Pacjent ma prawo do złożenia skargi na zachowanie lub czynności personelu podmiotu leczniczego** na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie.

5. **Pacjent ma prawo do rezygnacji z leczenia na każdym jego etapie**, przy szczególnym uwzględnieniu następstw określonych w niniejszym Regulaminie.

ROZDZIAŁ XII

SPOSÓB KIEROWANIA PODMIOTEM LECZNICZYM

§ 17

1. Pracą podmiotu leczniczego kieruje kierownik medyczny – lek. dent. Katarzyna Pańczyk.
2. Kierownik samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące podmiotu leczniczego oraz ponosi za nie odpowiedzialność. Podczas nieobecności kierownika zastępuje go upowazniony przez niego pracownik.
3. Do zadań Kierownika należy w szczególności:
 - a) nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - b) kontrola pracy podległych pracowników;
 - c) zachęcanie pracowników do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w tym udziału w kształceniu podyplomowym;
 - d) reprezentowanie placówki na zewnątrz.

ROZDZIAŁ XIII

TRYB SKŁADANIA SKARG I WNIOSKÓW

§ 18

1. Pacjent **ma prawo** na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych **składać skargi i wnioski dotyczące działalności podmiotu leczniczego**.
2. Skargi i wnioski należy składać **wyłącznie**:
 - a) **za pośrednictwem poczty elektronicznej** na adres rejestracja@sorriso.pl
 - b) **pisemnie osobiście** w siedzibie podmiotu leczniczego w godzinach jego pracy.
3. Pacjenci **mają także prawo złożenia wniosków i skarg bezpośrednio osobom udzielającym im świadczeń zdrowotnych**.

4. W celu rozpoznania skargi lub wniosku, zgłaszana przez Pacjenta skarga (wniosek) powinna zawierać **co najmniej**:
- a) **dane osoby zgłaszającej skargę (wniosek)**: imię i nazwisko, adres korespondencyjny, adres poczty elektronicznej lub numer telefonu,
 - b) **informację o świadczeniu, którego dotyczy skarga (wniosek)**: rodzaj świadczenia, termin wykonania, adres placówki, w której udzielono świadczenia zdrowotnego
 - c) **przedmiot skargi (wniosku)**,
5. Skargi (wnioski) będą rozpatrywane przez kierownika podmiotu leczniczego w terminie **do 14 dni roboczych od dnia ich wpływu**.

ROZDZIAŁ XIV

RĘKOJMIA

§ 19

W trosce o dobro Pacjenta pracownicy kliniki wykonują swoje usługi z należytą starannością na najwyższym poziomie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

1. Na wykonane w **zakładzie leczniczym Sorriso Dental Clinic (w podmiocie leczniczym Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o.) leczenie zachowawcze placówka udziela dwuletniej rękojmi u dorosłych i rocznej rękojmi u dzieci**. Rękojmia polega na bezpłatnym wykonaniu nowego wypełnienia w tym samym miejscu, w tym samym zębie. Nowe wypełnienie wykonywane jest w naszej klinice. Rękojmia nie obejmuje przypadków:
 - a) uszkodzenia mechanicznego
 - b) naturalnego przebarwienia wypełnienia
 - c) dolegliwości bólowych, w konsekwencji których wystąpi konieczność wdrożenia leczenia kanałowego (endodontycznego)
2. W przypadku **uzupełnień protetycznych stałych (korony, licówki, mosty, nakłady, nadbudowa protetyczne na implantach) kompozytowych, porcelanowych czy pełnoceramicznych, protez okres rękojmi wynosi 2 lata**.

3. **Rękojmia na leczenie kanałowe** wynosi **2 lata** i obejmuje poprawność opracowania, oczyszczenia i wypełnienia kanałów. Nie obejmuje natomiast powikłań, których wystąpienie jest niezależne od lekarza.
4. **Jeśli po leczeniu zachowawczym** (uzupełnieniu kompozytem ubytku próchnicowego w zębie) w **przebiegu 3 miesięcy konieczne jest przeprowadzenie leczenia endodontycznego** (kanałowego) **wówczas Pacjent ponosi tylko koszt tego leczenia** natomiast ponowne założenie wypełnienia jest w ramach już poniesionej wcześniej z tego tytułu opłaty.
5. **Reklamacja nie jest uwzględniana w przypadku gdy Pacjent:**
 - a) przerwał zaplanowane leczenie;
 - b) nie zgłasza się na wizyty kontrolne do Sorriso Dental Clinic po zakończeniu leczenia (co 6 miesięcy; u Pacjentów z periodontopatią, bruxyzmem co 4 miesiące, u dzieci co 3 miesiące)
 - c) nie stosuje się do zaleceń lekarza dotyczących higieny jamy ustnej i protez ruchomych;
 - d) użytkuje lub przechowuje protezy niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - e) samodzielnie dokonuje korekt, przeróbek, napraw uzupełnienia protetycznego;
 - f) uszkodził protezę poza jamą ustną;
 - g) jeśli Pacjent w momencie oddania pracy protetycznej ma braki zębowe i nie wykonał zaleconych przez lekarza odbudów protetycznych w okresie 3 miesięcy od oddania pracy protetycznej (np. nie uzupełnił braków zębowych, nie wyraził zgody na odbudowę protetyczną zębów tego wymagających, powodując w ten sposób przeciążenia i zaburzenia zgryzu),
 - h) ma postępujące zaniki kostne powodujące osiadanie protez;
 - i) uległ wypadkowi w wyniku którego doszło do uszkodzenia uzupełnień;
 - j) cierpi na bruxyzm (zgrzytanie zębami); bulimię;
 - k) pali tytoni lub przeszedł chemio- lub radioterapię choroby nowotworowej – w przypadku implantów i zabiegów regeneracyjnych kości;
 - l) kiedy Pacjent zaakceptował kształt, kolor, wielkość koron lub zębów w pracy protetycznej potwierdzając to podpisem w karcie przed zacementowaniem pracy na stałe a jednak po pewnym czasie nie akceptuje pracy protetycznej.
6. **Prawo do rękojmi nie obejmuje:**
 - a) prac tymczasowych jak np. korony tymczasowe, protezy natychmiastowe, uzupełnienia kompozytowe tymczasowe,

- b) prac przy wykonaniu których Pacjent został poinformowany o ograniczonej rękojmi lub jej braku,
- c) prac, które zostały wykonane na wyraźne życzenie Pacjenta,
- d) w przypadku złamania zębów powstałe pomiędzy wizytami (niezakończone leczenie) lub zębów nieodbudowanych protetycznie po leczeniu kanałowym (np. korona, onlay, wkład kronowo-korzeniowy);
- e) w momencie niezgłoszenia się Pacjenta po odbiór pracy protetycznej po 2 tygodniach od momentu ukończenia pracy przez laboratorium protetyczne (ze względu na możliwość przemieszczenia i rotacji zębów);
- f) ponownego leczenia kanałowego zęba leczonego w naszej klinice jeśli zdjęcie i badanie nie wykaże nieprawidłowości w opracowaniu i wypełnieniu kanałów, a konieczność ponownego leczenia wynika z ;
- g) usług, w których czynnik biologiczny ma decydujące znaczenie. Dotyczy to w szczególności chorób infekcyjnych, których nawrót jest możliwy pomimo dochowania należytej staranności w trakcie ich leczenia;
- h) zabiegu wybielania zębów.

7. **Zabieg wszczepienia implantu (osteointegracji) jest objęty 5 letnią rękojmią.**

8. Producent implantu udziela **dożywotniej gwarancji na implant** (śrubę).

9. **Producent implantów udziela na nie gwarancji** i w przypadku braku osteointegracji lub utraty stabilności implantu w okresie gwarancji producenta, dostarcza **bezpłatnie implant**. Ponowne wszczepienie implantu bezpłatnie dostarczonego przez producenta odbywa się w **terminie wskazanym przez lekarza prowadzącego** i zabieg wszczepienia ponownego implantu **w terminie 5 lat od pierwotnego wszczepienia odbywa się bezpłatnie. Wymiana bezpłatna implantu nie obejmuje :**

- a) kosztów odtworzenia kości jeżeli jest to konieczne do ponownego osadzenia implantu,
- b) uzupełnień protetycznych na tym implancie, oraz części mocujących,

10. Żywotność implantów zależy od higieny jamy ustnej. Implant, tak jak naturalny ząb, otoczony jest dziąsłem, które chroni je przed infekcjami. Jeżeli implanty narażone są na działanie bakterii znajdujących się w osadach i w płytce nazębnej, powstaje stan zapalny otaczającego implant dziąsła. Chroniczny stan zapalny spowodowany przez osad na zębach lub implantach prowadzi

do zaniku kości i utraty zębów/implantów. Dlatego po sukcesie zabiegu implantacji tak ważne jest by Pacjent dbał o higienę jamy ustnej oraz zgłaszał się na wizyty kontrolne i wizyty higienizacyjne.

11. **Aby utrzymać warunki rękojmi na zabieg wszczepienia implantu oraz gwarancji od**

producenta na śrubę (implant) Pacjent jest zobowiązany do

przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących pielęgnacji zębów i jamy ustnej po zabiegu implantacji oraz zgłaszania się na wizyty kontrolne:

- a) co 3 miesiące w pierwszym roku po implantacji,
- b) co 6 miesięcy w kolejnych latach po implantacji,
- c) wykonania wskazań z kontroli implantologicznej w przeciągu miesiąca od daty otrzymania tych wskazań w Sorriso Dental Clinic w Bydgoszczy przy ulicy Ogińskiego 2 (podmiot medyczny Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka zo.o.)
- d) wykonania w pierwszym roku po 6 miesiącach od implantacji TK oraz w kolejnych latach raz na rok zdjęcia kontrolnego pantomogramu lub TK w celu kontroli pozabiegowej.
- e) wizyty kontrolne oraz zalecone na wizytach kontrolnych przez lekarza zabiegi są odpłatne.
np. scaling zębów, wykonanie zdjęcia RTG lub TK.

12. W przypadku niepowodzenia leczenia implantologicznego podmiot leczniczy występuje z wnioskiem do producenta o wymianę implantu na nowy w ramach gwarancji. Koszt ponownego wykonania nadbudowy protetycznej po okresie 2 letniej rękojmi na pracę protetyczną na implancie ponosi Pacjent.

13. Przed zaplanowaniem leczenia stomatologicznego Pacjent musi być świadomy, że pomimo największej staranności lekarza w trakcie leczenia **może dojść do niechcianych i nie podlegających reklamacji powikłań, takich jak :**

- a) ból leczonego zęba lub tkanek otaczających;
- b) szczykościsk;
- c) pęknięcie, złamanie zęba;
- d) bolesność tkanek miękkich, obrzęk, ropień, krwiak, przedłużone krwawienie (po zabiegach chirurgicznych), poekstrakcyjne zapalenie kości;
- e) podwyższona temperatura ciała, złe samopoczucie;
- f) reakcja alergiczna na zastosowane leki;
- g) zaostrzenie współistniejących schorzeń;
- h) nadwrażliwość zębów po wybielaniu.

14. **Wystąpienie** powyższych **powikłań może spowodować u Pacjenta** między innymi:

- a) dyskomfort i stres spowodowany bólem;
 - b) konieczność przyjmowania leków mających znaczenie u kierowców i kobiet w ciąży;
 - c) problemy z jedzeniem i mówieniem, problemy estetyczne;
 - d) nieplanowane wcześniej leczenie kanałowe zęba;
 - e) nie przewidzianą wcześniej ekstrakcję zęba i leczenie protetyczne.
15. **Do większości z wymienionych powikłań dochodzi sporadycznie i mijają szybko**, bez śladu, to **jednak nie należy planować poważnych zabiegów stomatologicznych przed ważnymi wydarzeniami takimi jak np. : wyjazd na urlop czy rodzinna uroczystość.**
16. Prace protetyczne wykonujemy po 50% zaliczce. **Jeżeli Pacjent po rozpoczęciu pracy protetycznej rozmyśli się lub zrezygnuje z dalszego leczenia zaliczka przepada i nie podlega zwrotowi.**

ROZDZIAŁ XV

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

1. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego został nadany przez jego kierownika i wchodzi w życie z **dniem 5 września 2022 roku.**
2. Każda osoba przebywająca na terenie podmiotu leczniczego zobowiązana jest do przestrzegania zapisów wynikających z niniejszego Regulaminu.

.....
lek. dent. Katarzyna Pańczyk
specjalista protetyki stomatologicznej
kierownik medyczny placówki

Załączniki, stanowiące integralną część Regulaminu:

1. Cennik.
2. Wzory oświadczeń o upoważnieniu .
3. Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych.

4. Prawa Pacjenta.
5. Regulamin udostępniania dokumentacji medycznej.
6. Regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego.

Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego

CENNIK

Implantoprotetyka	
Procedura	Cena brutto
Acrylic set-up	4 500,00 zł
Belka implantologiczna - dopłata do ceny Overdenture	2 200,00 zł - 5 500,00 zł
Korona stała na implancie	1 500,00 zł - 4 500,00 zł
Korona tymczasowa na implancie	300,00 zł - 1 000,00 zł
Proteza overdenture na implantach	2 000,00 zł - 15 000,00 zł
Sztuczne dziąsło do każdego rodzaju korony - 1 ząb	250,00 zł
Uzupełnienie protetyczne bezzębia stałe na implantach	0,00 zł - 22 900,00 zł
Wymiana gumek w zatraskach/locatorach	300,00 zł - 450,00 zł
Zdjęcie i założenie mostu implantologicznego w celach higienizacyjnych	3 000,00 zł
Zdjęcie i założenie mostu stałego w celu naprawy (po okresie gwarancyjnym)	2 000,00 zł
Łącznik do korony cementowanej	400,00 zł - 1 500,00 zł
Łącznik pośredni	900,00 zł - 1 100,00 zł
Konsultacje i diagnostyka	
Procedura	Cena brutto
Analiza okluzyjno-estetyczna	300,00 zł - 700,00 zł
Konsultacja pierwszorazowa ogólna	100,00 zł - 180,00 zł
Konsultacja specjalistyczna	180,00 zł - 300,00 zł
Mock-up	100,00 zł - 1 200,00 zł
Mock-up DSD funkcjonalny + prezentacja funkcjonalna	1 500,00 zł
Mock-up DSD motywacyjny + prezentacja motywacyjna	1 200,00 zł
Modele diagnostyczne	100,00 zł - 250,00 zł
Projekt DSD (Digital Smile Design)	1 000,00 zł - 1 300,00 zł
Proteza diagnostyczna przedzabiegowa	2 000,00 zł
Przygotowanie i przedstawienie planu leczenia	300,00 zł
RTG cefalometryczne	110,00 zł
RTG panoramiczne	50,00 zł - 110,00 zł
RTG punktowe i skrzydłowo-zgryzowe	0,00 zł - 80,00 zł
RTG stawów s/ż otwartych i zamkniętych	200,00 zł

Tomografia komputerowa	0,00 zł - 450,00 zł
Wax-up	100,00 zł - 2 800,00 zł
Wizyta bólowa - diagnostyka i leki	280,00 zł
Łuk twarzowy + artykulacja	200,00 zł
Ortodoncja	
Procedura	Cena brutto
Aparat Invisalign	12 000,00 zł - 18 000,00 zł
Aparat ruchomy	300,00 zł - 3 000,00 zł
Aparat stały klasyczny	2 500,00 zł - 3 500,00 zł
Implant ortodontyczny	1 000,00 zł
Kontrola aparatu ruchomego	200,00 zł
kontrola aparatu stałego	190,00 zł - 300,00 zł
Kontrola Invisalign	0,00 zł
Kontrola Łuk poniebienny, GMD, Lip Bumper	0,00 zł
Naprawa aparatu cena od	150,00 zł
Płytką przedsiódkowa	0,00 zł
Retainer	180,00 zł - 500,00 zł
usługa ortodontyczna	0,00 zł
Wizyta kontrolna po zdjęciu aparatu	150,00 zł - 1 500,00 zł
Zdjęcie aparatu/retencja	1 650,00 zł
Łuk kosmetyczny	100,00 zł

Chirurgia	
Procedura	Cena brutto
Badanie histopatologiczne	100,00 zł - 180,00 zł
Chirurgiczne odsłonięcie zęba (ortodoncja)	800,00 zł - 1 100,00 zł
Chirurgiczne wydłużenie korony klinicznej zęba	700,00 zł - 1 100,00 zł
Hemisekcja	500,00 zł
Kortykotomia odcinkowa otwarta	850,00 zł - 1 500,00 zł
Leczenie ropnia przyzębnego (nacięcie)	300,00 zł - 600,00 zł
Leczenie utrudnionego się wyrzynania zęba ósmego	200,00 zł
Nano bone	900,00 zł
Odbudowa kości	2 500,00 zł - 3 000,00 zł
Opatrunek chirurgiczny	150,00 zł
Pobranie wycinka tkanek miękkich	0,00 zł
Podcięcie języka	500,00 zł
Podcięcie wędzidełka	0,00 zł
Podcięcie wędzidełka	500,00 zł
PRF	500,00 zł - 600,00 zł
Przeszczep kostny ludzki	850,00 zł - 2 100,00 zł
Rozszczepienie wyrostka	2 500,00 zł - 3 000,00 zł
Usunięcie ranuli	370,00 zł
Usunięcie szwów po zabiegu	0,00 zł - 100,00 zł
Usunięcie torbieli	1 200,00 zł - 3 500,00 zł
Usunięcie zęba	280,00 zł - 2 400,00 zł
Usunięcie zmiany na tkankach miękkich	350,00 zł - 700,00 zł
Usługa chirurgiczna	0,00 zł

Wycięcie kaptura dziąsłowego	350,00 zł - 550,00 zł
Zamknięcie połączenia ustno-zatokowego	500,00 zł - 600,00 zł
Znieczulenie	0,00 zł
Periodontologia	
Procedura	Cena brutto
Czyszczenie kieszonki	100,00 zł
Emdogain 0,15 + Prefgel (materiał)	600,00 zł
Korekta uśmiechu dziąsłowego (gingiwoplastyka wraz z osteotomią)	800,00 zł - 2 500,00 zł
Korekta uśmiechu dziąsłowego (gingiwoplastyka)	400,00 zł - 1 250,00 zł
Mucograft	1 500,00 zł - 2 200,00 zł
Poddziąsłowa dezynfekcja kieszonki	20,00 zł - 100,00 zł
Pokrycie recesji dziąsła	800,00 zł - 2 000,00 zł
Przesunięcie/przeszczep dziąsła nieruchomego przy zębie	2 500,00 zł
Skaling poddziąsłowy	0,00 zł - 350,00 zł
Szablon do wydłużania koron - cały łuk	500,00 zł
Unieruchomienie zęba	100,00 zł - 150,00 zł
Usługa periodontologiczna	0,00 zł
Wydłużenie korony klinicznej ze względów protetycznych - 1 ząb	1 000,00 zł

Leczenie endodontyczne	
Procedura	Cena brutto
Dewitalizacja zęba	280,00 zł
Dopłata za leczenie zęba przez koronę porcelanową	300,00 zł
Leczenie endodontyczne pierwotne (kanałowe)	400,00 zł - 1 700,00 zł
Leczenie endodontyczne wtórne (kanałowe)	500,00 zł - 1 900,00 zł
Odbudowa korony zęba przy użyciu wkładów lanych	500,00 zł
Odbudowa korony zęba przy użyciu wkładów z włókien szklanych	600,00 zł - 800,00 zł
Pomoc doraźna	250,00 zł
Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego (kanałowego)	500,00 zł
Rewizja zęba do leczenia endodontycznego	600,00 zł
Usunięcie złamanego narzędzia / wkładu/ zębiniaka z użyciem mikroskopu	250,00 zł - 500,00 zł
Usługa endodontyczna	0,00 zł
Zamknięcie perforacji MTA	500,00 zł

Protetyka	
Procedura	Cena brutto
Dobór koloru w laboratorium	150,00 zł
Element retencyjny (teleskop, zasuwa, zatrask) - cena za każdy element	1 500,00 zł - 4 000,00 zł
Endokorona	1 200,00 zł - 1 500,00 zł
Inlay/Onlay/Overlay	1 200,00 zł - 1 500,00 zł
Korekta	80,00 zł
Korona / Most	1 100,00 zł - 2 000,00 zł

Korona tymczasowa wyk. u technika (długoczasowa)	750,00 zł - 5 550,00 zł
Korona tymczasowa wykonana w gabinecie	350,00 zł
Licówka	350,00 zł - 9 750,00 zł
Naprawa protezy (dostawienie zęba, naprawa złamania) - cena za 1 pkt	180,00 zł - 280,00 zł
Podścielenie protezy na miękko w gabinecie	350,00 zł
Podścielenie protezy w pracowni	600,00 zł
Proteza akrylowa całkowita	280,00 zł - 2 500,00 zł
Proteza akrylowa częściowa do 5 zębów	1 500,00 zł - 2 000,00 zł
Proteza szkieletowa	2 800,00 zł - 3 500,00 zł
Proteza szkieletowa z elementami retencyjnymi	5 000,00 zł
Proteza tymczasowa	1 000,00 zł - 2 000,00 zł
Szyny/ochraniacze	650,00 zł
Usługa protetyczna	0,00 zł
Usługa protetyczna	0,00 zł
Wkład koronowo-korzeniowy	300,00 zł - 500,00 zł
Zacementowanie mostu / korony - naprawa	300,00 zł
Zaliczka	800,00 zł
Zdjęcie korony / mostu	50,00 zł - 300,00 zł
Łącznik Locator (matryca+patryca)	2 500,00 zł
Łącznik Novaloc (matryca+patryca)	2 500,00 zł

Okluzja / deprogramator/szyny/ochraniacze na zęby

Procedura	Cena brutto
Ekwilibracja - 1 sesja	500,00 zł - 700,00 zł
Szyna	400,00 zł - 1 000,00 zł

Profilaktyka i wybielanie

Procedura	Cena brutto
Fluoryzacja	50,00 zł - 200,00 zł
ICON - leczenie przebarwień szkliwa bez borowania - 1 ząb	300,00 zł
Instruktaż higieny	150,00 zł
Piaskowanie	250,00 zł - 300,00 zł
Piaskowanie i scaling	0,00 zł - 400,00 zł
Profesjonalne oczyszczanie protezy z osadów	280,00 zł
Usuwanie kamienia (Scaling)	250,00 zł - 300,00 zł
Usługa higienizacyjna	0,00 zł
Wybarwienie płytki bakteryjnej	100,00 zł
Wybielanie	250,00 zł - 1 300,00 zł

Stomatologia zachowawcza

Procedura	Cena brutto
Gingiwektomia jako procedura przed odbudową zachowawczą	150,00 zł - 900,00 zł

Gingiwoosteoplastyka jako zabieg przed odbudową zachowawczą	400,00 zł	
Licówka kompozytowa wykonana w gabinecie	500,00 zł - 700,00 zł	
usługa stomatologiczna	0,00 zł	
Wypełnienie kompozytowe	200,00 zł - 600,00 zł	
Wypełnienie tymczasowe/opatrunek	80,00 zł - 250,00 zł	
Znieczulenie	0,00 zł	
Implantologia		
Procedura	Cena brutto	
Implant	3 500,00 zł - 4 800,00 zł	
Odbudowa kości	2 500,00 zł - 12 000,00 zł	
Plastyka kości	1 000,00 zł	
Przesunięcie/przeszczep dziąsła nieruchomego przy implancie	2 500,00 zł	
Sinus lift	2 500,00 zł - 5 000,00 zł	
Śruba gojąca	450,00 zł	
Szablon chirurgiczny	700,00 zł	
Usunięcie implantu	1 500,00 zł	
Usługa implantologiczna	0,00 zł	
Zestaw pozabiegowy	100,00 zł	
Stomatologia dziecięca		
Procedura	Cena brutto	
Lakowanie zębów stałych (1 ząb)	250,00 zł	
Leczenie endodontyczne zęba mlecznego (kanałowe - amputacja lub ekstyrapacja + wypełnienie zęba)	580,00 zł	
Podcięcie wędzidełka	480,00 zł	
Usunięcie zęba mlecznego	280,00 zł	
usługa stomatologiczna	0,00 zł	
Wizyta adaptacyjna dzieci (do 30 min)	150,00 zł	
Wypełnienie stałe zęba mlecznego	280,00 zł	
Wizyty kontrolne		
Procedura	Cena brutto	
Wizyta kontrolna (różne specjalności) za 15 minut	0,00 zł - 100,00 zł	
Wizyta kontrolna - co 6/12 miesięcy za 15 minut	100,00 zł	
Znieczulenia		
Procedura	Cena brutto	
Znieczulenia	0,00 zł - 50,00 zł	

*cena zależy od rodzaju konsultacji ortodontycznej (aparat ruchomy, aparat stały, nakładki invisalign)

**cena zależy od rozległości/ skomplikowania zabiegu

Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacyjnego

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Zgodnie z § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania informujemy, że **pacjent ma prawo do złożenia następujących oświadczeń:**

- 1) o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji**, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- 2) o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji**, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń** zdrowotnych, o której mowa w art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub bezpośrednio w naszym podmiocie leczniczym.

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Ja

PESEL lub numer dowodu osobistego.....

zamieszkały/a:.....

oświadczam, że:

- **upoważniam**

Pana/iq.....

PESEL lub numer dowodu osobistego.....

zamieszkałego/-q

dane do kontaktu.....

- **nie upoważniam nikogo innego**

do **uzyskiwania informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Zakładzie leczniczym Sorriso Dental Clinic, z siedzibą przy ulicy Ogińskiego 2 w Bydgoszczy (podmiot medyczny Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o)

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta

.....
data, miejscowość (wpisana osobiście przez Pacjenta)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO
UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja

PESEL lub numer dowodu osobistego.....

zamieszkały/a:.....

oświadczam, że:

- **upoważniam**

Pana/iq.....

PESEL lub numer dowodu osobistego.....

zamieszkałego/-ą

dane do kontaktu.....

- **nie upoważniam nikogo innego**

do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w zakładzie leczniczym Sorriso Dental Clinic z siedzibą przy ulicy Ogińskiego 2 w Bydgoszczy (podmiot medyczny Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o).

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta

.....
data, miejscowość (wpisana osobiście przez Pacjenta)

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych.

Szanowny Pacjencie!

Niniejszym pragniemy poinformować iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. **Administratorem Danych Osobowych jest podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ulicy Polnej 7b/11.**

1. W celu udzielania świadczeń leczniczych na podstawie obowiązku wynikającego z **rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** (Dz. U. poz. 2069), oraz **ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.) oraz w związku z obowiązywaniem **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego ws. Ochrony Danych Osobowych(RODO)** (art.9 ust.2lit.h) będziemy przetwarzać Pana /Pani dane osobowe z następujących kategorii :
 - a) podstawowe dane identyfikacyjne : imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, PESEL, adres zamieszkania ,
 - b) dane Pacjenta takie jak : telefon*, e-mail*;
 - c) dane dotyczące zdrowia (diagnostyka oraz leczenie w tym zdjęcia fotograficzne i RTG)
 - d) nagrania wideo - z monitoringu wizyjnego ;
 - e) nagrania głosu - z monitoringu telefonicznego;

*W zakres danych osobowych niezbędnych do udzielenia świadczenia wchodzi: imię, nazwisko, oznaczenie płci, PESEL, adres i w przypadku osób niezdolnych do wyrażenia zgody – dane przedstawiciela ustawowego.

Będąc poproszonym o podanie numeru telefonu, czy adresu poczty elektronicznej i podając te dane ułatwiasz nam kontakt ze sobą i upoważniasz podmiot do wykorzystania tych środków komunikacji w celu :

- a) dowiedzenia się o stan zdrowia po zabiegu,

- b) przypomnienia o wizycie,
- c) odwołania wizyty

i taki kontakt z Tobą nie jest w świetle prawa traktowany jako marketing usług i nie jest na to wymagana zgoda Pacjenta

2. Pana / Pani dane możemy udostępnić następującym kategoriom podmiotów :
 - a) księgowym - w zakresie wystawionych rachunków za leczenie;
 - b) laboratorium protetycznemu - w zakresie przekazania zlecenia o wykonanie pracy protetycznej na Terenie RP oraz poza teren Polski / UE/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
 - c) firmom zewnętrznym które zajmują się serwisem sprzętu i infrastruktury w tym usuwają awarie.
3. Pana/Pani dane pozyskane w celu udzielania świadczeń leczniczych przechowujemy **przez okres 20 lat.**
4. Nagrania z monitoringu (wizyjnego, głosowego) zachowywane **są przez okres 3 miesięcy.**
5. **Panu / Pani przysługują prawa :**
 - a) uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe a jeżeli ma to miejsce do uzyskania dostępu do tych danych po weryfikacji tożsamości;
 - b) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, po weryfikacji tożsamości;
 - c) do nieodpłatnej pierwszej kopii przetwarzanych danych, wydanie kolejnych kopii jest odpłatne;
 - d) przedłużeniu ponad jeden miesiąc terminu na rozpatrzenie żądania osoby;
 - e) informacji o tym iż obiekt jest monitorowany i odbywa się monitoring wizyjny oraz dźwiękowy;
 - f) planowanej zmianie celu przetwarzania, przy innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych;
 - g) prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
 - h) prawo Pacjenta do bycia zapomnianym nie znajduje zastosowania wobec danych osobowych przetwarzanych na podstawie art.9 ust.2 lit.h RODO w szczególności wobec przetwarzania danych w ramach dokumentacji medycznej przez cały wymagany okres archiwizacji zgodny z art. 29 ust.1 ustawy o prawach pacjenta w zw. Z art. 17 ust.3 lit.b RODO;
 - i) w przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie zgody Pacjenta, możecie Państwo zrealizować prawo do bycia zapomnianym w zakresie celu określonego w tej zgodzie;

- j) prawo do ograniczenia przetwarzania danych nie ma zastosowania w odniesieniu do Pana/Pani danych osobowych przetwarzanych w celach udzielania świadczeń medycznych w szczególności w ramach dokumentacji medycznej możemy przetwarzać dane w dotychczasowym zakresie albowiem mogłoby to istotnie utrudnić realizację tego celu;
 - k) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych ; W każdej chwili może Pan/Pani cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, edukacyjnych, naukowych, reklamowych - o ile takiej zgody Pan/Pani nam udzielili pisemnie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonaliśmy na podstawie Pana/Pani zgody przed wycofaniem.
 - l) udostępnienia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w art 26 i 27 ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.)
 - m) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ; Jeżeli Pan/ Pani uważa , że przetwarzamy Twoje dane osobowe niezgodnie z prawem, może złożyć skargę do Administratora danych osobowych Katarzyny Pańczyk dostępnej pod adresem email katarzyna.panczyk@sorriso.pl, do Inspektora Ochrony Danych Osobowych Sebastiana Woźniaka dostępnego pod adresem e-mail: wozniak.meritum@wp.pl, tel. 509 685 369 lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Weryfikacji tożsamości dokonuje się poprzez kontrolę okazanego przez Pana/Panią dokumentu potwierdzającego tożsamość zawierającego co najmniej zdjęcie, imię i nazwisko oraz PESEL lub w przypadku jego braku inny numer jednoznacznie identyfikujący Pacjenta. Dokumentem potwierdzającym tożsamość jest w szczególności: dowód osobisty, legitymacja studencka, prawo jazdy, paszport. Możemy utrwalić informację o weryfikacji poprzez wpisanie do dokumentacji: daty dokonania weryfikacji tożsamości; oraz dokumencie, na podstawie którego została ona dokonana, z jednoczesnym wskazaniem numeru/identyfikatora tego dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego).
7. W przypadku, jeżeli w imieniu Pacjenta małoletniego występuje przedstawiciel ustawowy, to tożsamość Pacjenta może być potwierdzona również przez przedstawiciela ustawowego w drodze oświadczenia i okazania dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego. Możemy

utrwalić informację o dacie dokonania weryfikacji oraz dokumencie przedstawiciela ustawowego, na podstawie którego została ona dokonana.

8. W celu wykonania Pana/ Pani praw proszę o skierowanie żądania pod adres e-mail rejestracja@sorrison.pl lub zadzwoń pod numer +48 52 880 88 20 lub odwiedź naszą placówkę osobiście. Proszę pamiętać że przed realizacją Pana/Pani żądania będziemy musieli upewnić się czy żądanie na pewno pochodzi od Pana/ Pani czyli będziemy musieli Pana/Panią zidentyfikować pytając o dane które wyłącznie Pan/Pani zna. Jeżeli weryfikacja Pana/Pani tożsamości nie zostanie pomyślnie przeprowadzona będziemy musieli prosić Pana/Panią o osobiste odwiedzenie naszej jednostki w celu potwierdzenia żądania i prawidłowej identyfikacji , dopiero wówczas Pana/Pani żądanie będzie podlegało realizacji.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z §1 i §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), oraz z art.25 i 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).
10. Jeżeli Pan/Pani nie poda danych osobowych nie będziemy mogli udzielić Panu/Pani świadczeń leczniczych.
11. Zgoda pisemna na przetwarzanie danych osobowych w celu reklamowym, marketingowym , edukacyjnym lub naukowym jest dobrowolna.
12. Zapoznałam/łem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych:

Do celów marketingowych, do otrzymywania informacji handlowej drogą elektroniczną czy do celu prowadzenia marketingu bezpośredniego i używania do tego celu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych wymagana jest pisemna zgoda na przetwarzanie danych osobowych i taką zgodę otrzymuje pacjent do podpisania na pierwszej wizycie:

Zgoda marketingowa

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz mieszczący się przy ulicy Polnej 7b/11 w Toruniu, w celach marketingowych i promocyjnych związanych z działalnością Spółki

- Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych przez Podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz z siedzibą w Toruniu przy ulicy Polnej 7b/11 w celach marketingowych i promocyjnych związanych z działalnością Spółki

Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną:

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2017 r. poz. 1219).
- Nie wyrażam zgody na przesyłanie mi informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2017 r. poz. 1219).

Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych w celu prowadzenia marketingu

bezpośredniego:

- Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z Ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2016 r., poz. 1489)
- Nie wyrażam zgody na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z Ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2016 r., poz. 1489)

Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacyjnego

PRAWA PACJENTA



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 INTYMNOŚCI I GODNOŚCI



W SZCZEGÓLNOŚCI W CZASIE UDZIELANIA 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



WOBEĆ OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA

10 OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ



W CZASIE POBYTU W SZPITALU, ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, SANATORIUM UZDROWISKOWYM CZY HOSPICIUM

11 PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH



W DEPOZYCIE W SZPITALU, ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, SANATORIUM UZDROWISKOWYM, HOSPICIUM

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

800-190-590



Rzecznik Praw Pacjenta



OGÓLNOPOLSKA BEZPŁATNA INFOLINIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

czynna od PONIEDZIAŁKU do PIĄTKU w godzinach 08.00 - 20.00

www.rpp.gov.pl
ul. Młynarska 46; 01-171 Warszawa

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Załącznik

nr 5 do

Regulaminu organizacyjnego

REGULAMIN UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podstawa prawna regulaminu:

1. **Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**
(Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
2. **Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

Znaczenie pojęć użytych w niniejszym Regulaminie

wyciąg – skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;

odpis – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;

kopia – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu);

osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta;

podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – ZAKŁAD LECZNICZY SORRISO DENTAL CLINIC (dalej zwany także: podmiotem leczniczym Preludium Stomatologia Bydgoszcz).

Osoby i podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej

1. Podmiot leczniczy udostępnia na podstawie ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia Pacjenta

oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, w szczególności następującym podmiotom i organom:

- a) Pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej;
- b) przedstawicielowi ustawowemu Pacjenta;
- c) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- d) lekarzom sądowym w związku z prowadzonymi przez nich postępowaniami;
- e) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- f) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- g) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- h) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- i) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- j) zakładom ubezpieczeń, za zgodą Pacjenta;
- k) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- l) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego przez nią postępowania;
- m) spadkobiercom Pacjenta w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- n) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2. Po śmierci Pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez Pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu Pacjenta była jego przedstawicielem

ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b art. 26 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych umożliwia składanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej w każdej formie, tj. ustnej, pisemnej bądź za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
4. W celu usprawnienia wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych opracował wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, stanowiący załącznik do niniejszego regulaminu do fakultatywnego, swobodnego wykorzystania przez uprawnione podmioty i organy.
5. W przypadku zgłoszenia żądania udostępnienia dokumentacji medycznej, pracownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ma obowiązek każdorazowo zweryfikować, czy osoba lub podmiot wnioskujący o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta jest do tego uprawniony.

Sposoby udostępnienia dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki:
 - a) **do wglądu**, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) przez sporządzenie jej **wyciągu, odpisu, kopii** lub **wydruku**;
 - c) **przez wydanie oryginału** za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - e) na informatycznym nośniku danych.

2. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona także przez sporządzenie **kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)** i przekazana na żądanie Pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów:
 - a) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - b) na informatycznym nośniku danych.
3. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Odbiór dokumentacji medycznej

1. **Odbiór osobisty** przygotowanej dokumentacji medycznej następuje w godzinach pracy podmiotu leczniczego.
2. Dokumentacja medyczna może zostać przesłana **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej** na wskazany przez pacjenta, uprawniony podmiot lub organ adres e-mail. Dokumentacja przesłana zostanie w postaci zaszyfrowanego pliku (w formacie ZIP). Hasło służące do odczytu pliku zostanie przesłane w wiadomości SMS na podany numer telefonu lub podane w rozmowie telefonicznej lub osobistej.

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci
 - a) **wglądu**, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć lub
 - b) **wydania oryginału** za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta,

podmiot leczniczy nie pobiera opłaty.

2. **Termin przeglądu** dokumentacji medycznej **wyznacza bez zbędnej zwłoki** podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W czasie przeglądu dokumentacji medycznej musi być obecny pracownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku **udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi** albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz pierwszy** w żądanym zakresie poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku **podmiot leczniczy nie pobiera opłaty**.
4. Za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz kolejny w żądanym zakresie** poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku **podmiot leczniczy pobiera opłatę w wysokości:**

1 strona wyciągu albo odpisu	1 strona kopii albo wydruku	dok. med. na informat. nośniku danych	kopia modelu gipsowego
13,46 zł	0,47 zł	2,69 zł	100 zł

5. Dokumentacja medyczna prowadzona w **postaci papierowej** może być na żądanie Pacjenta lub innych uprawnionych organów lub **podmiotów udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych**.
6. Gdy udostępnienie dokumentacji medycznej nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

Ewidencja udostępnionej dokumentacji medycznej

1. **Podmiot leczniczy prowadzi wykaz** zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - a) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
 - b) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - c) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;

- d) imię i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, w szczególności nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- e) imię i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- f) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Okresy przechowywania dokumentacji medycznej

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, **z wyjątkiem:**
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu Pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - b) **zdjęć rentgenowskich** przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane **przez okres 10 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - c) **skierowań na badania lub zleceń lekarza**, które są przechowywane przez okres:
 - **5 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - **2 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej **dzieci do ukończenia 2. roku życia**, która jest przechowywana **przez okres 22 lat**.
2. Po upływie okresów wymienionych w pkt. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana Pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez Pacjenta. W tym celu należy zwrócić się z wnioskiem do podmiotu leczniczego o wydanie oryginału dokumentacji medycznej nie później niż do końca I kwartału roku następnego po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej.

WZÓR WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Adres email.....

(Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta:

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta i jego nr PESEL)

- wydruku dokumentacji medycznej elektronicznej z programu do elektronicznej dokumentacji medycznej;
- całej dokumentacji medycznej (w tym kopii modeli diagnostycznych czy cyfrowych) ;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: ;
- zdjęcia pantmograficznego zdjęcia cefalometrycznego tomografii komputerowej;
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 - 1) ;
 - 2) ;

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- przez sporządzenie kopii lub wydruku;
- do wglądu;
- przez sporządzenie wyciągu;
- przez sporządzenie odpisu;
- na elektronicznym nośniku danych (płyta CD/DVD)
-

Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

- osobiście
- wysyłka na adres e-mail.....
- przez osobę upoważnioną (imię i nazwisko):

UWAGA! Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem lub przesłaniem i ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem. Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej jest bezpłatne

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

WZÓR POTWIERDZENIA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej Pacjenta

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta oraz jego PESEL)

Dokumentacja (właściwe zakreślić) :

- dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia.....
- odebrana osobiście przez Pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez Pacjenta,
- wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail w dniu:
- wydruk z dokumentacji elektronicznej: stronkoszt:
- odpis dokumentacji medycznej: stronkoszt:
- kserokopię dokumentacji medycznej: stronkoszt:
- na elektronicznym nośniku danych: sztukkoszt:

Naliczono łączną opłatę w wysokości*:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....

.....
data, miejscowość oraz czytelny podpis osoby
odbierającej dokumentację medyczną

.....
data i podpis pracownika
wydającego dokumentację medyczną

*W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie¹.

Załączniki nr 6 do Regulaminu organizacyjnego

¹ Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

REGULAMIN FUNKCJONOWNIA MONITORINGU WIZYJNEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako RODO);

Podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych pozyskiwanych z systemu monitoringu w zakładzie leczniczym Sorriso Dental Clinic mieszczącym się przy ulicy Ogińskiego 2 w Bydgoszczy jest Podmiot leczniczy Preludium Stomatologia Bydgoszcz spółka z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ulicy Polnej 7b/11.
2. Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. F) RODO, gdzie prawnie uzasadnionym interesem jest bezpieczeństwo osób, mienia oraz dobre imię administratora danych osobowych;
3. Monitoring obejmuje:
 - a) rejestracje
 - b) poczekalnię
 - c) hol
 - d) gabinety zabiegowe i pracownię rtg
 - e) pomieszczenia biurowe
4. Zapisy z monitoringu będą przechowywane przez administratora przez okres 3 miesięcy;
5. Osoba zarejestrowana przez system monitoringu ma prawo dostępu do danych osobowych oraz ograniczenia przetwarzania;
6. Osobie zarejestrowanej przez system monitoringu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Niniejszy **Regulamin organizacyjny**

wchodzi w życie z dniem 5 września 2022

Ostatnia zmiana 1.03.2023

.....
kierownik medyczny