

ZARZĄDZENIE NR 42/2021

Dyrektora Szpitala Wolskiego w Warszawie
z dnia 18 marca 2021 roku

w sprawie zmian zmiany Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r, poz. 295 ze zm.), po uzyskaniu opinii Rady Społecznej Szpitala Wolskiego – uchwała nr 7/2021 z dnia 16 marca 2021 roku oraz § 13 ust. 1 pkt 1 Statutu Szpitala Wolskiego zarządzam co następuje:

§ 1

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Wolskiego wprowadza się następujące zmiany:

1. Po § 6 dodaje się § 6a o treści:

„§ 6a

1. Szpital Wolski zapewnia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udzielenie pomocy w formie badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocą w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocą w rodzinie.
2. Pomocy, o której mowa w ust. 1, osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się bezpłatnie, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocą w rodzinie, uwzględniając art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocą w rodzinie ilekroć w tej ustawie jest mowa o:

- 1) Członku rodziny- należy przez to rozumieć osobę najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny, a także inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą;
 - 2) Przemocy w rodzinie – należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w pkt 1, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.
4. Wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz.U. nr 201 poz. 1334 i z 2019 r. poz. 2080).
Wzór tego zaświadczenia stanowi załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu.
5. Lekarze zatrudnieni w Szpitalu Wolskim zobowiązani są do precyzyjnego wypełnienia zaświadczenia, o którym mowa w ust. 4, w szczególności do wnikliwego i precyzyjnego przedstawienia opinii o stanie zdrowia osoby badanej, będącej wynikiem przeprowadzonego badania , ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania.”

2. Po § 73 dodaje się § 73a o treści:

„§ 73a

1. Osoba dotknięta przemocą w rodzinie, o której mowa w § 6a zgłaszająca się do Szpitala Wolskiego z zamiarem przeprowadzenia wobec niej badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie bezzwłocznie kierowana jest do właściwego lekarza (właściwej poradni).
2. Przebieg procesu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, koordynuje Ordynator/Kierownik komórki organizacyjnej, do której zgłosiła się osoba, o której mowa w § 6a.
3. Lekarz, po przeprowadzeniu odpowiedniego badania, bezzwłocznie wydaje zaświadczenie, o którym mowa w ust.1, a następnie przekazuje je osobie dotkniętej przemocą (lub osobie przez nią upoważnionej).”

3. Wprowadza się wzór załącznika nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego - Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

§ 3

Zobowiązuje się Kierownika Działu Organizacyjnego do zamieszczenia Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego niniejszym zarządzeniem w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 4

Zobowiązuje się Kierowników wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych do zapoznania podległych sobie pracowników z treścią Regulaminu Organizacyjnego oraz sprawowanie nadzoru nad jego przestrzeganiem.

§ 5

Zarządzenie podlega ogłoszeniu poprzez doręczenie:

- 1) Zastępcom Dyrektora,
- 2) Kierownikom jednostek i komórek organizacyjnych,
- 3) Osobom zatrudnionym na samodzielnych stanowiskach pracy.



WZÓR

Zaświadczenie lekarskie

o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała

związanych z użyciem przemocy w rodzinie

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej

.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej

.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej

(jeżeli posiada)

.....

4. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie

.....

5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu

.....

.....

.....

6. Pełna nazwa świadczeniodawcy*) wystawiającego zaświadczenie

.....

.....

7. Data i godzina przeprowadzenia badania

.....

8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia

*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

9. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym

uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....



.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

.....
....

(czytelny podpis i pieczęć lekarza
albo imię i nazwisko, specjalizacja,
numer prawa wykonywania zawodu
oraz podpis lekarza)

DYREKTOR



Robert Mazur