REGULAMIN ORGANIZACYJNY

PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ KLINIKI NEURORADIOCHIRURGII Sp. z o.o.

„JESTEŚMY PO TO, BY POMAGAĆ CHORYM"

TEKST JEDNOLITY
REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO
PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
KLINIKI NEURORADIOCHIRURGII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
z dnia 30.06.2017 r.

I NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO

§1

Regulamin Organizacyjny określa zasady funkcjonowania i udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą Kliniki Neuroradiochirurgii Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

§2

1. Podmiot prowadzi następujące zakłady lecznicze:
   1) Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie,
   2) Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie – Ambulatorium,
   3) Radomskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny,
   4) Radomskie Centrum Onkologii Poliklinika.

2. Strukturę organizacyjną określa załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego.

II CELE I ZADANIA PODMIOTU

§3

Celem Podmiotu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na zapewnieniu wysokiej jakości kompleksowych świadczeń medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory, prowadzenie profilaktyki i promocji zdrowia dla wszystkich potrzebujących i zainteresowanych.

§4

1. Do zadań Podmiotu leczniczego należą:
   1) Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, hospitalizacji jednodniowej i stacjonarnej w zakresie diagnostyki i skojarzonego leczenia nowotworów,
   2) Prowadzenie profilaktyki i promocji zdrowia ,
   3) Udzielanie konsultacji dla innych podmiotów zdrowotnych,

4) Realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych i metod leczenia,
5) Prowadzenie szkolenia osób przygotowujących się do wykonywania zawodów medycznych. Doskonalenie zawodowe osób wykonujących zawód medyczny,
6) Uczestnictwo w programach zdrowotnych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia oraz realizacja innych zadań zaleconych przez Ministra Zdrowia zakresie onkologii.

2. Podmiot może także uczestniczyć w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w przepisach regulujących kształcenie tych osób.

III STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§5

1. W podmiocie leczniczym Kliniki Neuroradiochirurgii Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie 00-033, ul. Górskiego 6/92, funkcjonują zakłady lecznicze:
   1) zakład leczniczy: Centrum Neuroradiochirurgii z siedzibą w Warszawie przy ulicy Ludwika Kondratowicza 8.
   2) zakład leczniczy: Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie – Ambulatorium, przy ulicy Ludwika Kondratowicza 8.
   3) zakład leczniczy: Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Szpital Specjalistyczny z siedzibą w Radomiu, przy ulicy Uniwersyteckiej 6.
   4) zakład leczniczy: Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Poliklinika z siedzibą w Radomiu, przy ulicy Uniwersyteckiej 6.

2. W ramach zakładów leczniczych wymienionych w pkt. 1 funkcjonują następujące jednostki organizacyjne:
   1) jednostka organizacyjna 03 pod nazwą Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Szpital Specjalistyczny, ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom;
   2) jednostka organizacyjna 04 pod nazwą Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Poliklinika, ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom;
   3) jednostka organizacyjna 05 pod nazwą Zakład Radioterapii, ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom;
   4) jednostka organizacyjna 06 pod nazwą Zakład Fizyki Medycznej, ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom;
   5) jednostka organizacyjna 07 pod nazwą Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią PET, ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom.

3. W ramach zakładu leczniczego pod nazwą Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
   1) Pracownia Tomografii Komputerowej, komórka -001
   2) Pracownia Rezonansu Magnetycznego, komórka -002
   3) Pracownia Zabiegowa Radioterapii Gamma Knife, komórka -003
   4) Poradnia Neurochirurgiczna, komórka -005
   5) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, komórka -007
   6) Oddział Radioterapii, komórka -008
   7) Izba Przyjęć, komórka -009
   8) Dział Farmacji Szpitalnej, komórka -010
   9) Poradnia Onkologiczna, komórka -011

4. W ramach zakładu leczniczego pod nazwą Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca`76 w Radomiu funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
   1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, komórka -012
   2) Blok Operacyjny, komórka -013
   3) Pracownia USG, komórka -015
   4) Pracownia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET-CT), komórka -016
   5) Pracownia Tomografii Komputerowej, komórka -017
   6) Punkt Pobrań Materiałów do Badań, komórka -018
   7) Punkt Pobrań Krwi, komórka -019
   8) Poradnia Chemioterapii, komórka -020
   9) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, komórka –021
   10) Oddział Onkologiczny, komórka -022
   11) Izba Przyjęć Szpitala, komórka -023
   12) Pracownia Endoskopii (Gastro i Kolonoskopia), komórka -024
   13) Poradnia Chirurgii Onkologicznej, komórka -026
   14) Poradnia Onkologiczna, komórka -027
   15) Pracownia Mammografii, komórka -028
   16) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Oddziału, komórka -030
   17) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Izby Przyjęć, komórka -031
   18) Poradnia Otolaryngologiczna, komórka -032
   19) Pracownia Izotopowej Klasy III-Laboratorium do Przygotowania Radiofarmaceutyków, komórka -033
   20) Poradnia Psychologiczna, komórka -034
   21) Pracownia Teleradioterapii, komórka -035
   22) Pracownia Brachyterapii wraz z Pracownią Radiologii Zabiegowej, komórka -036
   23) Gabinet Zabiegowy Brachyterapii, komórka -037
   24) Pracownia Symulatora CT, komórka -038
   25) Pracownia Modelarni, komórka -039
   26) Pracownia Dozymetrii, komórka -040

27) Pracownia Planowania Teleradioterapii, komórka -041
28) Pracownia Planowania Brachyterapii, komórka -042
29) Pracownia RTG, komórka -043,
30) Pododdział Chirurgii Onkologicznej, komórka -044
31) Poddział Radioterapii, komórka -045
32) Poddział Neurochirurgii, komórka -046
33) Poradnia Urologiczna, komórka -049
34) Poradnia Ginekologii Onkologicznej, komórka -050
35) Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi, komórka -051
36) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej, komórka -052
37) Poradnia Leczenia Bólu, komórka -053
38) Pracownia Mammotomiczna, komórka -054
39) Pracownia Badań Bronchoskopowych, komórka -055
40) Poradnia Radioterapii, komórka -056
41) Pracownia Tomografii Komputerowej, komórka -061
42) Pracownia Rezonansu Magnetycznego, komórka -062
43) Apteka Szpitalna, komórka -063
44) Poradnia Medycyny Paliatywnej, komórka -065
45) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, komórka -066
46) Oddział Chemioterapii Dziennej, komórka -067
47) Poradnia Kardiologiczna z Pracownią ECHO, komórka -068

5. Schemat struktury organizacyjnej zawarty jest w załączniku nr 1 do Regulaminu.

IV RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§6

1. Podmiot leczniczy udziela świadczeń leczniczych w rodzaju:
   1) Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie:
      1- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne w zakresie:
         - teleradioterapii stereotaktycznej promieniami gamma z wielu mikroźródeł
      3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w zakresie:
         - neurochirurgii
         - radiologii i diagnostyki obrazowej MRI i CT

2. Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca`76 w Radomiu:
   1- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne w zakresie:
      - anestezjologii i intensywnej terapii
      - onkologii klinicznej
      - radioterapii onkologicznej
      - chemioterapii

- chirurgii onkologicznej
- neurochirurgii
- urologii
- ginekologii onkologicznej
- diagnostyki laboratoryjnej
- farmakologii klinicznej

3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w zakresie:

- onkologii
- chemioterapii
- radioterapii
- otolaryngologii
- chirurgii ogólnej i onkologicznej
- psychologii
- neurochirurgii
- neurologii
- urologii
- ginekologii i położnictwa
- ginekologii onkologicznej
- chorób piersi
- kardiologii
- medycyny paliatywnej i leczenia bólu
- radiologii i diagnostyki obrazowej
- endoskopii
- diagnostyki laboratoryjnej
- fizyki medycznej
- chirurgii klatki piersiowej

V MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§7

1. Podmiot leczniczy udziela świadczeń w następujących lokalizacjach:
   1) Centrum Neuroradiochirurgii z siedzibą w Warszawie, ul. Kondratowicza 8, Budynek H, 03-242 Warszawa;
   2) Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie - Ambulatorium ul. Kondratowicza 8, Budynek H, 03-242 Warszawa;
   3) Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Szpital Specjalistyczny- ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom;
   4) Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca` 76 Poliklinika - ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom.

VI PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ W JEDNOSTKACH LUB KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO.

§8

Świadczenia zdrowotne są udzielane przez personel o odpowiednich kwalifikacjach medycznych, tj. posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego oraz kwalifikacje niezbędne do udzielania określonego rodzaju świadczeń w posiadanej specjalności z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostce i komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego.

§9

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Podmiocie odbywa się w trybie:
- leczenia ambulatoryjnego;
- leczenia szpitalnego;

§10

1. W Podmiocie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, wedle określonego porządku oraz w ramach procedury zapewniającej pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, programy profilaktyczne oraz w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych i odrębnie kontraktowanych.
2. Kolejność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie opartych na aktualnej wiedzy medycznej kryteriów medycznych, przy czym świadczenia planowe udzielane są pacjentom:
   1) zakwalifikowanym do kategorii medycznej przypadek pilny,
   2) zakwalifikowanym do kategorii medycznej przypadek stabilny.
3. Przyjęcia planowe w ramach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w celu udzielenia świadczeń wysokospecjalistycznych odbywają się zgodnie z ustaloną dla pacjenta kategorią medyczną.
4. W przypadku skierowania do leczenia szpitalnego, po weryfikacji kategorii medycznej określonej na skierowaniu (badanie przedmiotowe, podmiotowe, analiza wcześniej wykonanych badań, będących podstawą skierowania) pacjent zostaje przyjęty do Szpitala lub wpisany na listę oczekujących. Odmowa przyjęcia do szpitala dokumentowana jest w Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć.
5. Pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny".
6. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania

kolejnych etapów leczenia, przyjmuje się w celu udzielenia świadczenia zgodnie z planem leczenia, nie ujmując ich na liście oczekujących.

7. Personel Szpitala powziąwszy informację o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, zmienia odpowiednio kwalifikację do kategorii medycznej lub w razie potrzeby udziela bez zbędnej zwłoki świadczeń pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym.

§11

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w Poradniach Specjalistycznych, pacjentom posiadającym skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych ze schorzeniem, które stanowiło podstawę wydania skierowania.
3. Nie jest wymagane skierowanie do następujących lekarzy specjalistów:
   1) ginekologa i położnika
   2) dentysty
   3) wenerologa
   4) onkologa
   5) psychiatry
4. Skierowania nie muszą przedstawiać także następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
   1) Inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, kombatanci;
   2) Niewidome cywilne ofiary działań wojennych;
   3) Chorzy na gruźlicę;
   4) Zakażeni wirusem HIV;
   5) Uzależnienie od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego;
   6) Uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.
5. Skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do Szpitala, z wyjątkiem skierowania na rehabilitację leczniczą, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w oddziale rehabilitacji terminie 30dni od daty wystawienia.
6. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji – wyznacza się termin i przybliżoną godzinę realizację świadczenia opieki zdrowotnej oraz umieszcza się go na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.
7. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) pacjent jest zobowiązany do przedłożenia dokumentu poświadczającego jego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w Poradni Specjalistycznej.
9. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 8 informuje lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
10. Procedurę przebiegu procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom onkologicznym określa szczegółowo „Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostycznych i lecenia onkologicznego".

§12

Przyjęcie do szpitala

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Izby Przyjęć.
2. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
   1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
   2) dowód osobisty lub paszport,
   3) kartę ubezpieczenia zdrowotnego lub inny aktualny dokument stanowiący dowód ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Pacjent w szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu piżama, obuwie, wskazane jest również posiadanie przyborów higienicznych.
4. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w depozycie Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
5. Sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych w Szpitalu określa Instrukcja depozytu.
6. Na salach chorych przewidziane są szafki na odzież i inne rzeczy pacjenta, jednak Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy tam przechowywane.
7. W izbie przyjęć pacjent zostaje zarejestrowany w Księdze Głównej Przyjęć, założona jest dokumentacja medyczna w postaci pierwszej strony historii choroby.
8. Pacjent informowany jest o prawach pacjenta, a następnie przyjmowana jest od pacjenta pisemna zgoda na hospitalizację.
9. Pacjent składa oświadczenie o upoważnieniu wskazanej przez siebie osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach oraz oświadczenie o upoważnieniu wskazanej przez siebie osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej.
10. Pacjent wraz z dokumentacją medyczną, pod opieką uprawnionego pracownika kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.

§13

Identyfikacja pacjenta

1. W trakcie przyjęcia do szpitala uprawniony personel Izby Przyjęć pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na jego identyfikację w systemie ruchu chorych oraz niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
   1) nazwisko i imię (imiona),
   2) data urodzenia,
   3) oznaczenie płci,
   4) adres zamieszkania,
   5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN", płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem księgi głównej.
3. Pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala – Księga Główna Przyjęć.
4. Wszyscy pacjenci zaopatrywani są opaskę zawierającą znak identyfikacyjny uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

§14

Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale.

1. Świadczenia medyczne w oddziałach realizowane są całodobowo przez personel medyczny poszczególnych oddziałów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i nadanymi uprawnieniami.
2. Procesem leczenia poszczególnych pacjentów kieruje lekarz prowadzący, natomiast w godzinach dyżurowych opiekę nad chorymi w oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
3. Ordynator Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji medycznej. Nazwisko lekarza prowadzącego odnotowane jest w dokumentacji medycznej.
4. Pacjenci przyjęci w trybie nagłym, w godzinach dyżurowych objęci zostają opieką przez lekarza dyżurnego.
5. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza zgodnie z rozkładem pracy pielęgniarki opiekujące się pacjentami w każdym dniu i na zmianie roboczej.
6. Lekarz oddziału może korzystać w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta z konsultacji lekarskich specjalistów innych dziedzin, zatrudnionych w szpitalu. W przypadku braku lekarza niezbędnej specjalizacji może wezwać lekarza konsultującego spoza szpitala zgodnie z umowami zawartymi przez szpital.
7. Materiał do badań diagnostyczny pobierany jest od pacjenta w oddziale, w którym przebywa.
8. Badania i zabiegi wymagające aparatury medycznej wykonywane są w pracowniach/gabinetach diagnostycznych i zabiegowych szpitala lub podwykonawcy

zgodnie z obowiązującą umową.

9. W przypadku kiedy szpital nie posiada możliwości wykonania koniecznego badania/zabiegu wynikającego z procesu leczniczego, pacjent transportowany jest do podwykonawcy na koszt szpitala.
10. Szpital zapewnia pacjentom niezbędne środki lecznicze, pielęgnacyjne wynikające z procesu leczenia. Leki zlecane są przez lekarzy w oparciu o przyjętą przez szpital listę leków tzw. Receptariusz szpitala.
11. Pacjenci zobowiązani są do poinformowania lekarza o rodzaju i dawkach leków przyjmowanych przed hospitalizacją.

§15

Dokumentacja medyczna

1. Pobyt i leczenie pacjenta na poszczególnych etapach dokumentowane są zgodnie z obowiązującym prawem w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.
2. Dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej przez personel medyczny, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i wymaganiami obowiązującymi w tym zakresie. Dostęp do dokumentacji w wersji elektronicznej posiadają osoby uprawnione w oparciu o kody dostępu nadane przez administratora danych.
3. Dokumentacja tworzona jest na bieżąco zgodnie z chronologią działań.
4. W szpitalu ustanowiono procedurę tworzenia, prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz wzory obowiązującej dokumentacji.
5. Historia choroby zakładana jest niezwłocznie po przyjęciu do szpitala. Zawiera ona pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe prowadzone w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń w szczególności:
   1) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
   2) karta obserwacji,
   3) karta gorączkowa,
   4) karta zleceń lekarskich,
   5) karta przebiegu znieczulenia,
   6) karta zabiegów fizjoterapeutycznych,
   7) karta czynności ratunkowych,
   8) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane do historii choroby,
   9) wyniki badań obrazowych,
   10) wyniki badań histopatologicznych,
   11) wyniki konsultacji,
   12) protokół operacyjny,
   13) dokumentacja monitorowania bólu w przypadkach wymagających monitorowania,
   14) oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody lub odmowy na wykonanie określonych procedur medycznych,
   15) Okołooperacyjna Karta Kontrolna.

6. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem, ordynatorowi.
7. Dokumentację dotyczącą opieki pielęgniarskiej akceptuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Zakończona historia przekazywana jest do Działu Usług Medycznych, a następnie do Archiwum Medycznego Szpitala.
9. Dokumentacja medyczna zabezpieczona i przechowywana jest w Archiwum szpitala przez okres 20 lat, wyjątki dotyczą:
   1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat,
   2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat,
   3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane:
      - 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;
   4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
10. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
    1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
    2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
    3) upoważnionym organom.
11. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji dyrektora właściwego zakładu leczniczego lub osoby przez niego upoważnionej. Formy udostępnienia:
    1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo
       w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
    2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
    3) 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;
    4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
    5) na informatycznym nośniku danych.
12. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu lub kopii szpital pobiera opłaty. Cennik stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

§16

1. Podmiot nie przewiduje udostępniania kopii dokumentacji medycznej w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) żądanie pacjenta albo innych uprawnionych organów lub podmiotów.
2. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określa Załącznik nr 3 do regulaminu.
3. Dokumentację medyczną udostępnia się w godzinach pracy rejestracji.
4. Osoba odpowiedzialna za udostępnienie dokumentacji medycznej prowadzi wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej.
5. Personel prowadzący rejestrację jest upoważniony do udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom oraz osobom wskazanym przez pacjenta w oświadczeniu znajdującym się w dokumentacji medycznej. Rozstrzygnięć w przedmiocie udostępnienia dokumentacji medycznej organom lub instytucjom dokonuje kierujący Podmiotem.

§17

Ciągłość opieki, transport pacjentów

1. Opieka lekarska w oddziałach szpitala realizowana jest przez lekarzy w systemie zapewniającym ciągłość opieki.
2. Opieka pielęgniarska realizowana jest w systemie zmianowym, 12 godzinnym.
3. Lekarze i pielęgniarki wymieniają istotne informacje o pacjentach wielokrotnie w ciągu doby, zapewniając ciągłość opieki nad pacjentami.
4. Informacje o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów są dokumentowane na bieżąco
5. w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Przekazanie opieki kolejnym zmianom następuje na styku dyżurów.
7. Lekarze, pielęgniarki przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddziałach, istotnych zdarzeniach, ich okolicznościach, podjętych działaniach. Informacje te dokumentowane są w książkach raportów lekarskich i książkach raportów pielęgniarskich.
8. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym oddziale, pracowni diagnostycznej lub na bloku operacyjnym transportowani są przez upoważnionych pracowników. Sposób transportu pacjenta określony jest przez lekarza lub pielęgniarkę. Do transportu pacjenta dołączona jest jego dokumentacja medyczna (historia choroby).
9. Pacjenci transportowani są na zewnątrz szpitala w przypadku:
   1) realizacji świadczeń zdrowotnych, których szpital nie udziela,
   2) kontynuacji leczenia w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą,
10. wypisu ze szpitala pacjenta, którego dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia transport środkami komunikacji publicznej.
11. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym zakładzie po uprzednim uzgodnieniu miejsca, transportowani są na podstawie pisemnego zlecenia określającego warunki transportu kołowego lub lotniczego. Zlecenie wystawiane jest przez ordynatora lub upoważnionego lekarza. W zleceniu określone jest w jakiej pozycji pacjent powinien być transportowany i kto powinien sprawować opiekę medyczną (ratownik medyczny,

lekarz i ratownik medyczny). Pacjent jest odbierany z oddziału przez personel karetki.

12. Pacjenci przebywający czasowo poza oddziałem np. w przypadku badań, zabiegów objęci są opieką przez personel medyczny komórki organizacyjnej wykonującej określone świadczenia.
13. Pacjenci wymagający kontynuacji leczenia w innym oddziale szpitala są przekazywani do właściwego oddziału zachowując jednocześnie ciągłość pobytu w szpitalu.
14. Pacjenci, wymagający zapewnienia ciągłości i kontynuacji opieki w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domach opieki społecznej a nieposiadający rodziny wydolnej opiekuńczo uzyskują wsparcie ze strony Szpitala w działaniach organizacyjnych umożliwiających pozyskanie stosownego miejsca opieki. Zadania te realizowane są na wniosek pacjenta lub rodziny pacjenta przez lub przy udziale pielęgniarki ds. socjalnych.

§18

Wypisanie pacjenta

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
   1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
   3) jeżeli osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza obowiązujące w Szpitalu przepisy (regulaminy), a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza wypisującego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku niezłożenia przez pacjenta takiego oświadczenia lekarz wypisujący sporządza adnotację w historii choroby.
3. Wypisany pacjent ze Szpitala otrzymuje:
   1) Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która winna zawierać:
      a) dane identyfikujące pacjenta tj. imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
      b) rozpoznanie choroby w języku polskim wg ICD-10 (dopuszcza się rozpoznanie w języku łacińskim w przypadku, gdy pacjent żąda, aby lekarz nie udzielał mu informacji o jego stanie zdrowia),
      c) opis wyników wykonanych badań diagnostycznych lub konsultacji,
      d) opis zastosowanego leczenia w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania,
      e) orzeczenie przy wypisie czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
      f) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
      g) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania,

h) wskazania, dla lekarza przyjmującego opiekę nad pacjentem lub pacjenta dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.

2) Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami
3) ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.
4) Skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej.
5) Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

4. Lekarz prowadzący lub ordynator zobowiązany jest powiadomić pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do Oddziału po wypisie pacjenta ze Szpitala.

§19

Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta

1. W przypadku śmierci pacjenta pielęgniarka, położna niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu. W przypadku, gdy nie można ustalić przyczyny zgonu w sposób jednoznaczny lub z innych przyczyn zarządzono sekcję zwłok, kartę zgonu wystawia lekarz oddziału po przeprowadzeniu sekcji.
2. W sytuacji niebudzącej wątpliwości co do przyczyn zgonu, na wniosek pacjenta ustanowiony przed śmiercią lub na wniosek rodziny zmarłego dyrektor może wyrazić zgodę na odstąpienie od sekcji.
3. Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu pacjenta powiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego. W przypadku niewskazania osoby lub instytucji albo braku przedstawiciela ustawowego wysyłany jest telegram na adres zamieszkania osoby zmarłej oraz podejmowane dalsze kroki celem skutecznego poszukiwania osoby uprawnionej do pochówku. W przypadku braku osoby deklarującej pochowanie zwłok pielęgniarka ds. socjalnych ustala odpowiednią instytucję państwową zobligowaną do pochówku.
4. Po wystawieniu karty zgonu przez lekarza pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do kancelarii szpitala.
5. Pielęgniarka sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego.
6. Karta skierowania zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   2) numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   3) datę i godzinę zgonu,
   4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
   5) imię i nazwisko oraz podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
   6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni.
7. Identyfikator, zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   2) numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu

stwierdzającego tożsamość,

3) datę i godzinę zgonu.

8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Ponadto należy wpisać nr Księgi Głównej pod którym pacjent został przyjęty do szpitala.
9. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są przez pracowników szpitala do chłodni (umowa z firmą zewnętrzną) nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu. Do tego czasu przybywa w wyznaczonym pomieszczeniu.
10. W przypadku zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się odrębne przepisy prawa.
11. Wysokość opłat za przechowywanie zwłok została zawarta została w Cenniku stanowiącym Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacyjnym.

VII ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZENIA ORAZ WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA TYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNEGO I EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA PODMIOTU POD WZGLĘDEM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM, PIELĘGNACYJNYM, REHABILITACYJNYM I ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZYM.

§20

1. Do zadań poszczególnych komórek organizacyjnych należy:
   1) udzielanie świadczeń zgodnych z profilem,
   2) obsługa pacjentów z zachowaniem najwyższej staranności i z poszanowaniem praw pacjenta,
   3) zapewnienie przez personel niezbędnego wsparcia psychicznego pacjentom,
   4) natychmiastowe udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
   5) wydawanie orzeczeń i zaświadczeń zgodnie z odrębnymi przepisami,
   6) prowadzenie oraz udostępnianie lub przekazywanie uprawnionym podmiotom niezbędnej dokumentacji zewnętrznej i wewnętrznej,
   7) utrzymanie należytego stanu wyposażenia, aparatury oraz sprzętu technicznego i medycznego Podmiotu,
   8) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu, polegająca w szczególności na wymianie informacji o przebiegu procesu leczenia pacjenta oraz wspólnej realizacji ustalonego planu leczenia,
   9) współpraca z innymi podmiotami, w tym podmiotami leczniczymi,
   10) współpraca z Państwową Inspekcją Pracy, Państwowym Inspektorem Sanitarnym i podległymi mu jednostkami oraz innymi instytucjami upoważnionymi do sprawowania kontroli lub nadzoru nad działalnością Podmiotu.

CENTRUM NEURORADIOCHIRURGII W WARSZAWIE

§21

Pracownia Tomografii Komputerowej

1. Do zadań Pracowni należy:
   1) wykonywanie badań z zakresu tomografii komputerowej

§22

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

1. Do zadań Pracowni należy:
   1) wykonywanie badań z zakresu rezonansu magnetycznego.

§23

Pracownia Zabiegowa Radioterapii Gamma Knife

1. Do zadań Pracowni należy:
   1) planowanie napromieniania w oparciu o przestrzenną analizę zapisanych obrazów diagnostycznych
   2) wykonywanie zabiegów teleradioterapii stereotaktycznej promieniami gamma z wielu mikroźródeł.

§24

Izba Przyjęć

1. Do zadań Izby Przyjęć należy:
   1) przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
   2) wprowadzanie danych o usługach wykonanych u chorych zgłaszających się do Izby Przyjęć do systemu elektronicznego.

§25

Oddział Radioterapii

1. Do zadań Oddziału Radioterapii należy:
   1) diagnostyka, specjalistyczne leczenie onkologiczne w zakresie radioterapii stereotaktycznej, oraz opieka ambulatoryjna i szpitalna nad pacjentami;

2) diagnostyka i leczenie pacjentów hospitalizowanych w Podmiocie, znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub wymagających monitorowania i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych;

§26

Dział Farmacji Szpitalnej

1. Do zadań Działu Farmacji Szpitalnej należy:
   1) należyte zaopatrywanie komórek organizacyjnych zakładu leczniczego w leki i artykuły sanitarne;
   2) właściwe przechowywanie normatywnych zapasów leków i artykułów sanitarnych;
   3) udzielanie w razie potrzeby, lekarzom zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego, informacji o lekach będących w dyspozycji apteki szpitalnej;
   4) monitorowanie zużycia i daty ważności leków.

§27

Poradnia Neurochirurgiczna

1. Do zadań Poradni Neurochirurgicznej należy:
   1) konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne
   2) kwalifikowanie szczególnie do leczenia za pomocą noża Gamma, kierowanie pacjentów do odpowiednich zakładów i oddziałów w celu dalszego leczenia, w tym leczenia szpitalnego;
   3) zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym;
   4) wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy;
   5) udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni;
   6) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

§28

Poradnia Onkologiczna

1. Do zadań Poradni Onkologicznej należy:
   1) konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne;
   2) kwalifikowanie, kierowanie pacjentów do odpowiednich zakładów i oddziałów w celu dalszego leczenia, w tym leczenia szpitalnego;
   3) zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym;
   4) diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi nie wymagających leczenia stacjonarnego;
   5) wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej

niezdolności do pracy;
6) udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni;
7) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

RADOMSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. BOHATERÓW RADOMSKIEGO CZERWCA '76

§29

Radomskie Centrum Onkologii. Szpital Specjalistyczny

1. Do zadań jednostki organizacyjnej Radomskiego Centrum Onkologii. Szpital Specjalistyczny należy:
   1) diagnostyka, specjalistyczne leczenie onkologiczne w zakresie chemioterapii, radioterapii, chirurgii i neurochirurgii, oraz opieka ambulatoryjna i szpitalna nad pacjentami;
   2) diagnostyka i leczenie pacjentów hospitalizowanych w Podmiocie, znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub wymagających monitorowania i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych
   3) świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne w schorzeniach układu pokarmowego i oddechowego.
   4) organizacja leczenia chirurgicznego w Podmiocie;
   5) opieka anestezjologiczna i pooperacyjna pacjentów leczonych chirurgicznie;
   6) rehabilitacja pacjentów;
   7) utrzymywanie Bloku Operacyjnego w stanie stałego pogotowia operacyjnego;
   8) zapewnianie czasu operacyjnego dla wszystkich oddziałów zabiegowych
   9) prowadzenie prac naukowo-badawczych i szkoleń oraz udzielanie konsultacji w wyżej wymienionym zakresie;
   10) współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

2. W ramach Radomskiego Centrum Onkologii. Szpital Specjalistyczny funkcjonują:
   1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
   2) Oddział Onkologiczny
   3) Pododdział Chirurgii Onkologicznej
   4) Pododdział Radioterapii
   5) Pododdział Neurochirurgii
   6) Oddział Chemioterapii Dziennej
   7) Blok Operacyjny
   8) Punkt pobrań materiałów do badań
   9) Punkt pobrań krwi
   10) Izba Przyjęć Szpitala, do której zadań należy:

- przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego i udzielanie pomocy doraźnej chorym zgłaszających się do Izby Przyjęć;
- wprowadzanie danych o usługach wykonanych u chorych zgłaszających się do Izby Przyjęć do systemu elektronicznego;
- prowadzenie depozytu oraz magazynu odzieży pacjentów.

11) Pracownia Endoskopii (Gastro i Kolonoskopia), która zajmuje się:
- diagnostyką przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia);
- USG przewodu pokarmowego (EUS);
- Pobieranie w celach diagnostycznych materiałów do badań

12) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Oddziału

13) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Izby Przyjęć

14) Apteka Szpitalna, która odpowiedzialna jest za:
- zaopatrzenie w produkty lecznicze i materiały opatrunkowe jednostki i komórki organizacyjne realizujące działalność leczniczą;
- sporządzanie leków recepturowych, cytostatyków, aptecznych i jałowych;
- udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
- udzielanie informacji o produktach leczniczych i materiałach opatrunkowych;
- udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Podmiotu;
- udział w racjonalizacji farmakoterapii;
- współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i materiałami opatrunkowymi;
- prowadzenie ewidencji próbek i do badań klinicznych oraz ewidencji produktów leczniczych do żywienia oraz materiałów opatrunkowych.

§30

Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią PET

1. Do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej z Pracownią PET należy:
   1) prowadzenie badań naukowych, prac badawczo-rozwojowych i wdrożeniowych z dziedziny diagnostyki nowotworów;
   2) wdrażanie nowych metod diagnostycznych i opracowywanie symptomatologii zmian nowotworowych;
   3) kompleksowe szkolenie w diagnostyce onkologicznej pracowników Podmiotu oraz radiologów z innych podmiotów leczniczych;
   4) diagnostyka raka sutka i organizacja badań profilaktycznych celem wykrywania raka klinicznie bezobjawowego – wdrożenie badań, opracowywanie symptomatologii radiologicznej zmian bezobjawowych;
   5) współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Podmiotu;
   6) diagnostyka w zakresie onkologii i chorób wewnętrznych;
   7) diagnostyka i USG układu oddechowego.

2. W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej wchodzą:
   1) 2 Pracownie Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET-CT);
   2) Pracownia Tomografii Komputerowej;
   3) Pracownia RTG;
   4) Pracownia USG;
   5) Pracownia Izotopowej Klasy II-Laboratorium do Przygotowania Radiofarmaceutyków;
   6) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
   7) Pracownia Mammografii;
   8) Pracownia Mammotomiczna
   9) Pracownia Badań Bronchoskopowych.

§31

Zakład Fizyki Medycznej

1. Do zadań Zakładu Fizyki Medycznej należy:
   1) planowanie leczenia radioterapii,
   2) planowanie leczenia brachyterapii,,
   3) kontrola dozymetryczna aparatów terapeutycznych,
   4) kontrola dozymetryczna aparatów do brachyterapii,
   5) kontrola jakości aparatów diagnostycznych i terapeutycznych,
   6) nadzór nad aparaturą kontrolno-pomiarową,
   7) nadzór nad naprawą i konserwacja aparatów diagnostycznych i terapeutycznych
   8) szkolenie pracowników Podmiotu oraz prowadzenie zewnętrznych kursów doszkalających w zakresie fizyki medycznej;
   9) współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

2. W skład Zakładu Fizyki Medycznej wchodzą:
   1) Pracownia Dozymetrii;
   2) Pracownia Planowania Teleradioterapii;
   3) Pracownia Planowania Brachyterapii.

§32

Zakład Radioterapii

1. Do zadań Zakładu Radioterapii należy:
   1) prowadzenie badań naukowych, prac badawczo-rozwojowych i wdrożeniowych, działalności leczniczej, profilaktycznej i diagnostycznej dotyczących radioterapii;
   2) zapewnienie prawidłowego leczenia pacjentów w zakresie radioterapii i zapewnienie właściwej jakości tego leczenia;
   3) współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

2. W skład Zakładu Radioterapii wchodzą:
   1) Pracownia Teleradioterapii;
   2) Pracownia Brachyterapii wraz z Pracownią Radiologii Zabiegowej;
   3) Gabinet Zabiegowy Brachyterapii;
   4) Pracownia Symulatora CT;
   5) Pracownia Modelarni.

§33

Radomskie Centrum Onkologii. Poliklinika

1. Do zadań jednostki organizacyjnej - Radomskie Centrum Onkologii Poliklinika należą:
   1) konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne
   2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z profilem poradni;
   3) kwalifikowanie, kierowanie pacjentów do odpowiednich zakładów i oddziałów w celu dalszego leczenia, w tym leczenia szpitalnego;
   4) zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym;
   5) diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi ogólnymi i onkologicznymi nie wymagające leczenia stacjonarnego;
   6) wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy;
   7) udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni;
   8) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi i komórkami organizacyjnymi Podmiotu.

2. W skład Radomskiego Centrum Onkologii Poliklinika wchodzą:
   1) Poradnia Chemioterapii;
   2) Poradnia Onkologiczna;
   3) Poradnia Radioterapii;
   4) Poradnia Psychologiczna;
   5) Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi;
   6) Poradnia Leczenia Bólu;
   7) Poradnia Medycy Paliatywnej;
   8) Poradnia Kardiologiczna z Pracownią ECHO
   9) Poradnia Chirurgii Onkologicznej;
   10) Poradnia Urologiczna;
   11) Poradnia Otolaryngologiczna;
   12) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej;
   13) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza;
   14) Poradnia Ginekologii Onkologicznej;
   15) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

§34

Komórki organizacyjne współpracują dążąc do sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. W szczególności kierujący Podmiotem mają obowiązek wzajemnej współpracy i dążenia do właściwego wykorzystania zasobów, optymalizacji procesu pracy oraz udzielenia niezbędnego wsparcia poszczególnym komórkom organizacyjnym.

VIII WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

§35

1. Współpraca odbywa się na podstawie odrębnych umów zawartych między Klinikami a podmiotami.
2. Podmiot współdziała dla dobra pacjentów z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi, określają przepisy odrębne oraz postanowienia umów zawartych pomiędzy tymi podmiotami a Kliniką, wykaz podmiotów, z którymi Klinika zawarła umowy jest w załączniku nr 4.
4. Jeżeli współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi odbywa się w związku z udzielaniem w Zakładzie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Zakład przekazuje niezbędne informacje dotyczące podmiotów współdziałających do Narodowego Funduszu Zdrowia w terminach i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach i umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

IX WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPŁATNOŚCIĄ

§36

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne i usługi medyczne określa cennik zawarty w załączniku nr 2.

X SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI LUB KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZAKŁADU LECZNICZEGO

§37

1. Zarząd Kliniki jest organem uprawnionym do kierowania i reprezentowania podmiotu na zewnątrz.
2. Zarząd Spółki, zgodnie z przepisami prawa, dokonuje czynności faktycznych i prawnych oraz podejmuje samodzielnie wszelkie decyzje w sprawach Spółki, niezastrzeżone z mocy prawa do kompetencji Zgromadzenia Wspólników i Rady Nadzorczej.
3. Tryb działania Zarządu Spółki określa Umowa Spółki oraz Regulamin Zarządu a w zakresie nie uregulowanym w wyżej wskazanych aktach prawnych przepisy prawa polskiego.
4. Zarząd może wydawać akty wewnętrzne dotyczące funkcjonowania Podmiotu w formie uchwał lub zarządzeń.
5. Zarząd powołuje i odwołuje Dyrektora Zarządzającego zakładów leczniczych Radomskie Centrum Onkologii Szpital i Radomskie Centrum Onkologii Poliklinika zwanego dalej Dyrektorem Zarządzającym RCO oraz Dyrektora zakładu leczniczego Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie i Centrum Neuroradiochirurgii w Warszawie - Ambulatorium zwanego dalej Dyrektorem Gamma Knife lub Dyrektorem GK.
6. Zarząd powołuje i odwołuje Dyrektora Medycznego i Dyrektora Operacyjnego Radomskiego Centrum Onkologii.
7. Zarząd oraz jego członkowie działający samodzielnie wykonują swoje zadania, w szczególności przy pomocy Dyrektora Zarządzającego Radomskiego Centrum Onkologii oraz Dyrektora Gamma Knife.
8. W stosunkach wewnętrznych kierownictwo oraz nadzór nad wszystkim jednostkami organizacyjnymi zakładu leczniczego Radomskie Centrum Onkologii sprawuje Dyrektor Zarządzający RCO.
9. W stosunkach wewnętrznych kierownictwo nad wszystkim jednostkami organizacyjnymi zakładu leczniczego Gamma Knife sprawuje Dyrektor GK.
10. Dyrektor Zarządzający RCO wykonuje swoje zadania, w szczególności przy pomocy:
    1) Dyrektora Medycznego;
    2) Dyrektora Operacyjnego;
    3) Menedżera HR;
    4) Pełnomocnika d.s. ISO;
    5) Rzecznika Prasowego;
    6) Ordynatorów Oddziałów;
    7) Kierownika Apteki;
    8) Kierownika Przychodni;
    9) Naczelnej Pielęgniarki;
    10) Koordynator Techników Radioterapii;
    11) Kierownika Techników;
    12) Przewodniczący Zespołu Komitetu Zakażeń Szpitalnych;

Dyrektor GK wykonuje swoje zadania, w szczególności przy pomocy:

1) Ordynatora oddziału radioterapii;
2) Pielęgniarki Koordynującej;
3) Pielęgniarki epidemiologicznej;
4) Inspektora Ochrony Radiologicznej;
5) Koordynator techników elektroradiologii – wspólny dla Centrum i Ambulatorium;
6) Koordynatora poradni neurochirurgicznej;
7) Kierownik działu farmacji.

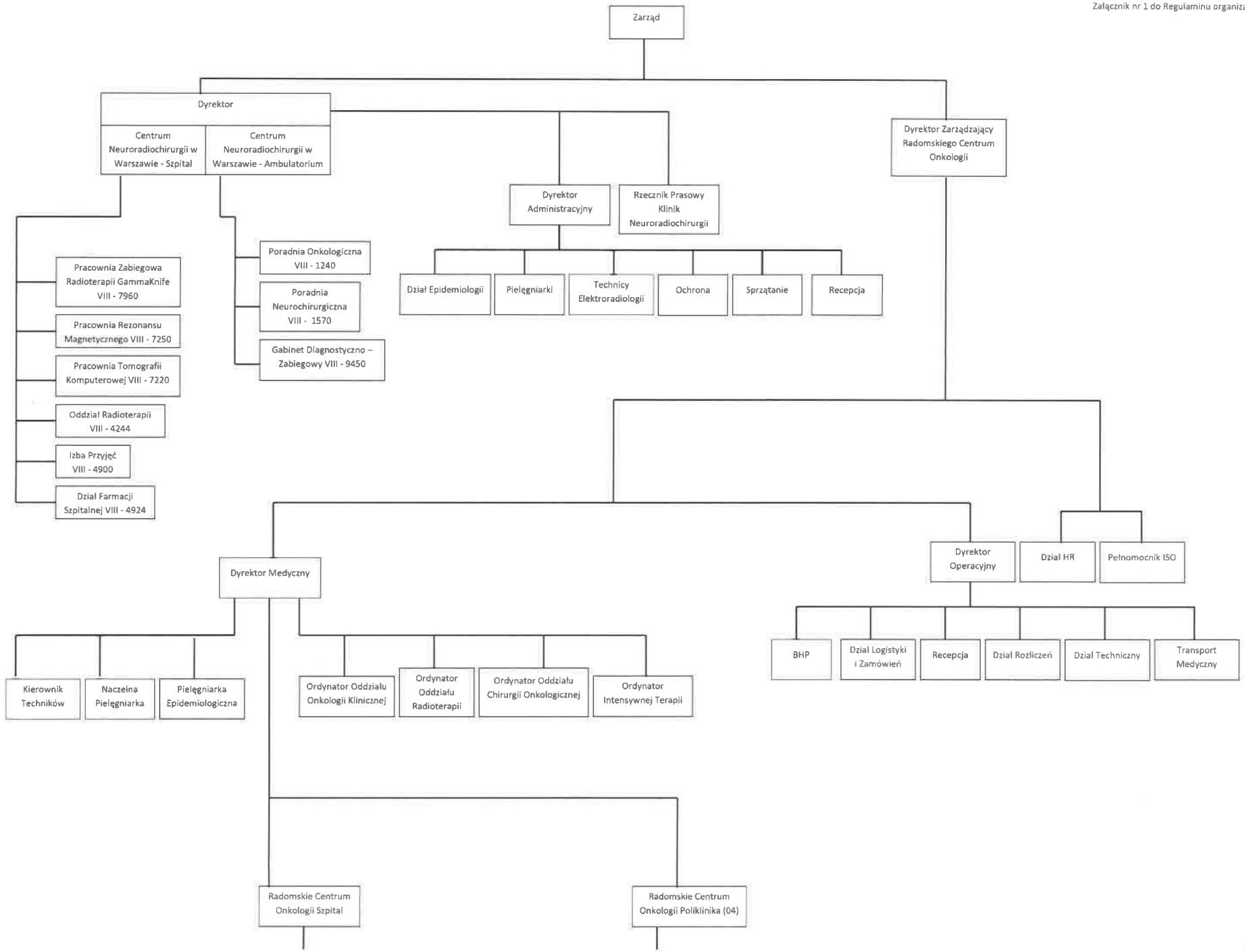
11. Zarząd może powierzyć poprzez udzielenie pełnomocnictwa lub prokury reprezentację Podmiotu w stosunkach zewnętrznych w szczególności Dyrektorowi Zarządzającemu RCO lub Dyrektorowi GK.
12. Decyzje Zarządu działającego kolegialnie mają formę uchwał, a decyzje Członka Zarządu formę zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów z uwzględnieniem podziału kompetencji wynikającego z Regulaminu Organizacyjnego, Regulaminu Zarządu oraz innych wewnętrznych aktów prawnych Spółki.
13. Zadania i podległość służbowa osób zatrudnionych na poszczególnych stanowiskach kierowniczych określają zakresy czynności oraz niniejszy Regulamin Organizacyjny Podmiotu.
14. Do podstawowych zadań Dyrektora Zarządzającego RCO oraz odpowiednio osób zatrudnionych na niższych stanowiskach kierowniczych należy:
    1) organizacja pracy w kierowanej komórce organizacyjnej, działach, w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy,
    2) egzekwowanie od podległych pracowników należytej jakości pracy,
    3) organizowanie współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Spółki,
    4) znajomość aktów prawnych regulujących zakres działania kierowanej komórki organizacyjnej.
15. Kierownicy komórek organizacyjnych i pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach ponoszą odpowiedzialność za:
    1) całokształt działalności powierzonych im komórek organizacyjnych,
    2) wykonywanie zadań określonych ramowym zakresem obowiązków,
    3) prawidłowe zabezpieczenie mienia.
16. W przypadku opracowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek organizacyjnych prowadzenie tych spraw należy do komórki koordynującej, którą wyznacza bezpośrednio Dyrektor Zarządzający RCO lub Dyrektor GK lub osoba przez każdego z nich wskazana.
17. Dyrektor Zarządzający RCO, Dyrektor GK (w zakresie własnych kompetencji) wydają akty wewnętrzne dotyczące funkcjonowania zakładu leczniczego w formie zarządzeń, komunikatów lub poleceń służbowych.
18. Dyrektor Medyczny RCO oraz Dyrektor Operacyjny RCO wydają akty wewnętrzne dotyczące funkcjonowania zakładu leczniczego w formie zarządzeń lub komunikatów wyłącznie za zgodą Dyrektora Zarządzającego.
19. Dyrektor Zarządzający RCO oraz osoby przez niego wskazane odpowiadają za udział

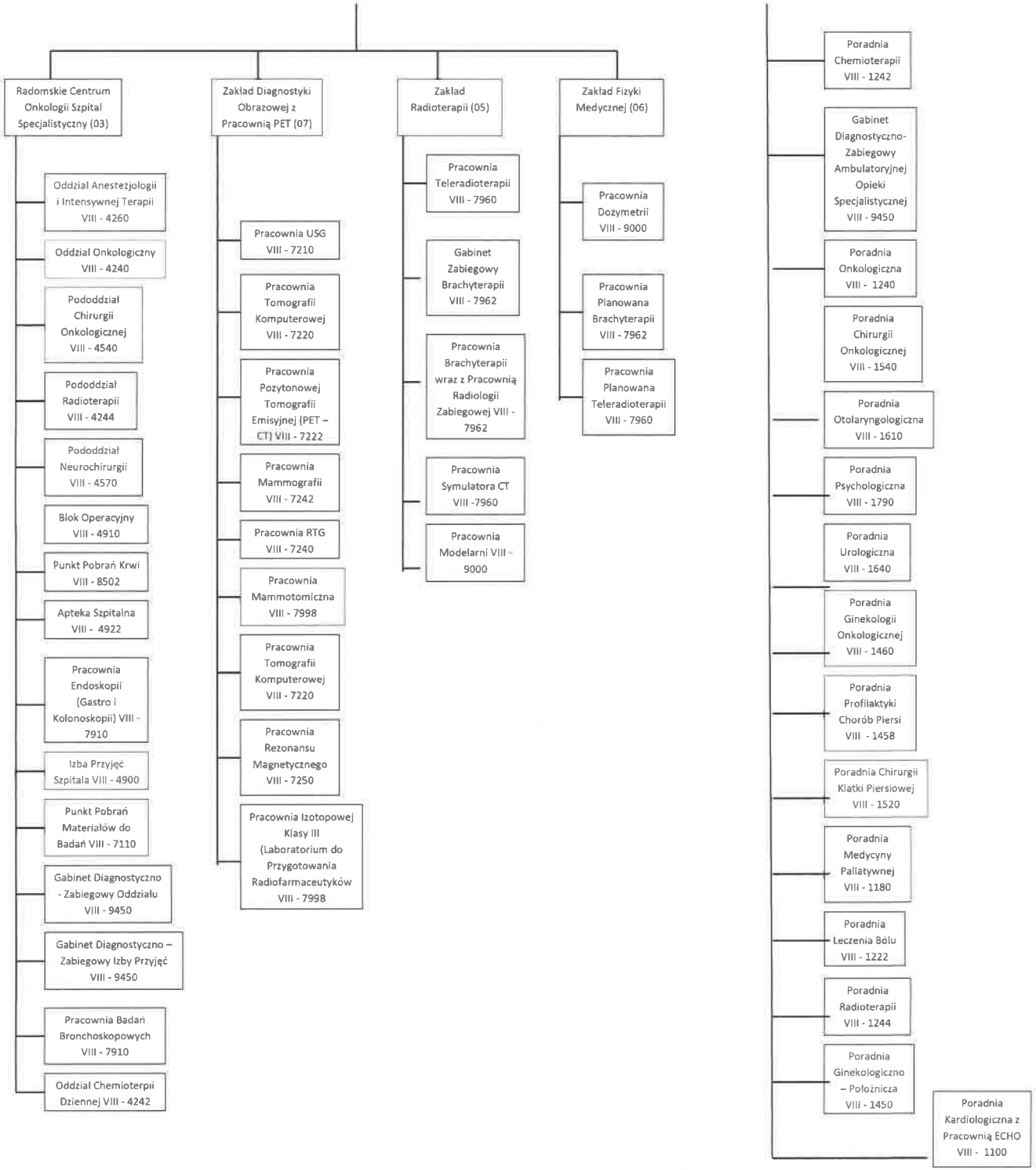
w kontroli prowadzonej w zakładzie medycznym przez odpowiednie jednostki i organy. Dyrektor Zarządzający RCO każdorazowo wyznacza osoby upoważnione do przekazywania wyjaśnień i przedstawiania dokumentów na żądanie osób przeprowadzających kontrolę.

Prezes Zarządu

Tomasz Jankowski

Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego




Radomskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny (03)
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii VIII - 4260
Oddział Onkologiczny VIII - 4240
Pododdział Chirurgii Onkologicznej VIII - 4540
Pododdział Radioterapii VIII - 4244
Pododdział Neurochirurgii VIII - 4570
Blok Operacyjny VIII - 4910
Punkt Pobrań Krwi VIII - 8502
Apteka Szpitalna VIII - 4922
Pracownia Endoskopii (Gastro i Kolonoskopii) VIII - 7910
Izba Przyjęć Szpitala VIII - 4900
Punkt Pobrań Materiałów do Badań VIII - 7110
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VIII - 9450
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Izby Przyjęć VIII - 9450
Pracownia Badań Bronchoskopowych VIII - 7910
Oddział Chemioterpii Dziennej VIII - 4242
Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią PET (07)
Pracownia USG VIII - 7210
Pracownia Tomografii Komputerowej VIII - 7220
Pracownia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET – CT) VIII - 7222
Pracownia Mammografii VIII - 7242
Pracownia RTG VIII - 7240
Pracownia Mammotomiczna VIII - 7998
Pracownia Tomografii Komputerowej VIII - 7220
Pracownia Rezonansu Magnetycznego VIII - 7250
Pracownia Izotopowej Klasy III (Laboratorium do Przygotowania Radiofarmaceutyków VIII - 7998
Zakład Radioterapii (05)
Pracownia Teleradioterapii VIII - 7960
Gabinet Zabiegowy Brachyterapii VIII - 7962
Pracownia Brachyterapii wraz z Pracownią Radiologii Zabiegowej VIII - 7962
Pracownia Symulatora CT VIII -7960
Pracownia Modelarni VIII - 9000
Zakład Fizyki Medycznej (06)
Pracownia Dozymetrii VIII - 9000
Pracownia Planowana Brachyterapii VIII - 7962
Pracownia Planowana Teleradioterapii VIII - 7960
Poradnia Chemioterapii VIII - 1242
Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej VIII - 9450
Poradnia Onkologiczna VIII - 1240
Poradnia Chirurgii Onkologicznej VIII - 1540
Poradnia Otolaryngologiczna VIII - 1610
Poradnia Psychologiczna VIII - 1790
Poradnia Urologiczna VIII - 1640
Poradnia Ginekologii Onkologicznej VIII - 1460
Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi VIII - 1458
Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej VIII - 1520
Poradnia Medycyny Pallatywnej VIII - 1180
Poradnia Leczenia Bólu VIII - 1222
Poradnia Radioterapii VIII - 1244
Poradnia Ginekologiczno – Położnicza VIII - 1450
Poradnia Kardiologiczna z Pracownią ECHO VIII - 1100

Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego

WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA USŁUGI MEDYCZNE

Mammografia	
Mammografia jednej piersi	50,00
Mammografia obu piersi	100,00
Pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	
Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych	3 200,00
Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych	4 000,00
USG	
USG brzucha – inne	70,00
USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	70,00
USG moszny w tym jąder i najądrzy	140,00
USG naczyń szyi - doppler	110,00
USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	70,00
USG piersi	80,00
USG ślinianek	70,00
USG tarczycy i przytarczyc	70,00
USG Tkanek Miękkich z wskazaniem okolicy	65,00
USG układu moczowego – inne	70,00
USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie	70,00
USG węzłów chłonnych szyi	70,00
Tomografia komputerowa (TK)	
TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	280,00
TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	200,00
TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	280,00
TK Głowy i szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	340,00
TK jamy brzusznej i miednicy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	430,00
TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380,00
TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	260,00
TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	380,00
TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	320,00
TK klatki piersiowej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem	320,00
TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	250,00
TK Klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (3 fazy)	600,00
TK kończyn dolnych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	320,00
TK kończyn dolnych bez wzmocnienia kontrastowego	280,00
TK kończyn górnych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	320,00
TK kończyn górnych bez wzmocnienia kontrastowego	280,00
TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	320,00

TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	280,00
TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	320,00
TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	280,00
TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350,00
TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego	230,00
TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350,00
TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	230,00
TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	250,00
TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	220,00
TK miednicy bez wzmocnienia kontrastowego	200,00
TK miednicy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym 3 fazy	600,00
TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	300,00
TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego	200,00
TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	300,00
TK twarzoczaszki bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	270,00
TK twarzoczaszki bez wzmocnienia kontrastowego	200,00
TK zatok bez wzmocnienia kontrastowego	200,00
TK Klatki Piersiowej Niskodawkowa	110,00
URO CT	600,00
RTG	
RTG Klatki piersiowej PA + Bok	60,00
RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe	25,00
RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe	30,00
RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe	40,00
RTG kręgosłupa odcinka piersiowego	40,00
RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe	30,00
RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - przeglądowe	40,00
RTG kręgosłupa odcinka szyjnego -celowane lub czynnościowe	40,00
RTG łopatek	30,00
RTG miednicy -celowane	40,00
RTG miednicy -przeglądowe	40,00
RTG mostka	30,00
RTG obojczyków	40,00
RTG płuc - inne	40,00
RTG żeber	45,00
RTG Urografia z kontrastem jonowym	280,00
RTG kości barku i ramienia	30,00
RTG kości łokcia/przedramienia	30,00
RTG kości miednicy/biodra – inne	30,00
RTG kostki/stopy	30,00
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	40,00
RTG kręgosłupa piersiowego	40,00
RTG kręgosłupa szyjnego	35,00
RTG nadgarstka/dłoni	30,00

RTG uda/kolana/podudzia	40,00
RTG Klatki piersiowej PA + Bok	60,00
RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe	25,00
RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe	30,00
RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe	40,00
Rezonans magnetyczny (MR)	
Rezonans magnetyczny miednicy, pęcherza lub prostaty	600,00
Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu	480,00
Rezonans magnetyczny głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	480,00
Rezonans magnetyczny głowy bez wzmocnienia kontrastowego	320,00
Rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	590,00
Rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	400,00
Rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
Rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	450,00
Rezonans magnetyczny kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	580,00
Rezonans magnetyczny kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	440,00
Rezonans magnetyczny kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	580,00
Rezonans magnetyczny kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	440,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	500,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego	400,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	500,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	400,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	580,00
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	400,00
Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	480,00
Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego	320,00
Rezonans magnetyczny oczodołu	400,00
Rezonans magnetyczny szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
Rezonans magnetyczny szyi bez wzmocnienia kontrastowego	400,00
Rezonans magnetyczny twarzy	400,00

Procedury neurochirurgiczne	
Blokady okołokorzeniowe pod kontrolą RTG	500,00
Discektomia szyjna - 1 poziom (technika mikrochirurgiczna 2 dni hospitalizacja)	8 900,00
Discektomia szyjna - 2 poziom (technika mikrochirurgiczna 2 dni hospitalizacja)	10 900,00
Discektomia lędźwiowa - 1 poziom (technika mikrochirurgiczna 2 dni hospitalizacja)	8 900,00
Discektomia lędźwiowa - 2 poziom (technika mikrochirurgiczna 2 dni hospitalizacja)	10 900,00
Vertebroplastyka lędźwiowa – 1 poziom (technika mikrochirurgiczna 3 dni hospitalizacja + koszty implantu)	6 000,00

Wysokość opłat za przechowywanie zwłok

przechowywanie zwłok powyżej 72 godz. za dobę	36,90

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego

WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 1

1. Opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi 8,70 zł (słownie: osiem złotych 70/100).
2. Opłata za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wynosi 0,30 zł (słownie: trzydzieści groszy).
3. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych wynosi 1,74 zł (słownie: jeden złoty 74/100).