

From: [REDACTED] ▶
Sent: Sunday, August 6, 2023 1:07 AM
To: kancelaria@mz.gov.pl" <kancelaria@mz.gov.pl>; Kancelaria Elektroniczna <KancelariaElektroniczna@nfz.gov.pl>
Subject: 963/23 petycja (proszę o podawanie sygnatury i potwierdzenie odbioru)

Autorka / nadawczyni pisma (wszystkie dane do anonimizacji):
Odbiorca / odbiorcy pisma:
Szanowni Państwo: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia
Rodzaj pisma:
PETYCJA
Działając w trybie Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) przekładam petycję w celu podjęcia kroków w interesie publicznym celem udoskonalenia bądź poprawienia danego stanu prawnego bądź faktycznego celem dobra publicznego.
Treść żądania, oczekiwania, uzasadnienie:
Art. 1 Pielęgniarka dokonująca zlecenia lekarskiego, pobrania krwi lub innych świadczeń, winna odnotować fakt świadczenia w karcie opieki pielęgniarskiej i historii zdrowia i choroby w poradni POZ, AOS.
Art. 2 Elektroniczną Dokumentacją Medyczną jest historia choroby, historia zdrowia i choroby prowadzona w podmiocie leczniczym zamkniętym lub ambulatoryjnym w szczególności gdy jest prowadzona elektronicznie, pacjent wyraził prośbę w celu umieszczenia wpisu w zakresie wywiadu, rozpoznania, leków na Internetowym Koncie Pacjenta w zdarzeniu medycznym.
Adnotacje:
(1) - Za ewentualne błędy przepraszam oraz proszę o odpowiedź tylko i wyłącznie na adres e-mailowy. (2) - Nie wyrażam zgody na podstawie Ustawy o petycjach i Ustawie o dostępie do informacji publicznej na publikację, udostępnienia, powielenia i utrwalania danych i danej pojedynczej: imienia i nazwiska, loginu konta, adresu, adresu e-mailowego, miejscowości sporządzenia. DANE OSOBOWE DO USUNIĘCIA ANONIMIZACYJNEGO (3) – Adres elektroniczny [środka komunikacji elektronicznej] e-mail został pobrany z strony internetowej celem złożenia pisma w interesie publicznym.
Z wyrazami szacunku

Pacjent:

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI MEDYCZNEJ

Rozpoznanie:

.....

Leczenie:

.....

Obecny stan:

.....

ZALECENIA FARMAKOLOGICZNE

.....

.....

.....

ZALECENIA DIETETYCZNE

.....

.....

.....

ZALECENIA DIAGNOSTYCZNE KONTROLNE

Świadczenie:	Interwał:	Przez:

ZALECENIA WIZYT KONTROLNYCH

.....

.....

.....

ZALECENIA OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ, KONSULTACJI SPECJALISTYCZNEJ

Nazwa świadczeniodawcy	Interwał / Przez	Wizyta i tryb (por., opieka, konsultacja)
ICD:10		JGP:
ICD-10		JGP:
ICD-10		JGP:
ICD-10		JGP:

Data oraz pieczęć i podpis

