



- 2) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 3) numer pacjenta w wykazie głównym przyjęć i wypisów;
  - 4) imię (imiona) i nazwisko pacjenta oraz jego numer PESEL, jeżeli został nadany;
  - 5) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z §10 pkt 3 lit. a;
  - 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
  - 7) rozpoznanie wstępne;
  - 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
  - 9) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
  - 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany, lub oddziale, do którego został przeniesiony;
  - 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z §10 pkt 3 lit. a;
  - 12) datę podjęcia decyzji o zakończeniu udzielania świadczenia, o którym mowa w § 4c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, która jednocześnie oznacza rozpoczęcie udzielania świadczenia innego niż to, o którym mowa w § 4c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, jeżeli dotyczy;
  - 13) oznaczenie lekarza podejmującego decyzję o zakończeniu udzielania świadczenia, o którym mowa w § 4c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, o której mowa w pkt 12, zgodnie z §10 pkt 3 lit. a.”;
- 3) po § 35 dodaje się § 35a w brzmieniu:
- „§ 35a. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital, w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w § 4c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, sporządza i prowadzi:
- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
  - 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
    - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
    - b) skierowania;

- 3) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu:
  - a) głównego przyjęć i wypisów,
  - b) chorych oddziału, o którym mowa w § 25a,
  - c) zabiegów,
  - d) bloku operacyjnego lub sali operacyjnej, w przypadku wykonania zabiegu w warunkach bloku operacyjnego.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę zleceń lekarskich;
- 2) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 3) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli były wykonane;
- 4) wyniki konsultacji, jeżeli były zlecone i nie zostały wpisane w historii choroby;
- 5) protokół operacyjny, w przypadku wykonania zabiegu w warunkach bloku operacyjnego;
- 6) kartę segregacji medycznej, jeżeli dotyczy.

3. Przepisy § 6 ust. 4, § 13–14, § 15 ust. 2, 3, 5, § 16 ust. 1, ust. 2 pkt 1-6, ust. 3–4, § 17, § 18 ust. 1, ust. 3–6, ust. 8, § 19, § 21–23, § 29–30 i § 33 stosuje się odpowiednio.

4. Dokumentacja medyczna, dotycząca pacjenta, któremu udzielane były świadczenia, o których mowa w § 4c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z chwilą określoną w § 25 ust. 1 lit. 2a staje się integralną częścią dokumentacji medycznej prowadzonej dla tego pacjenta w ramach pobytu w oddziale szpitalnym lub leczenia jednego dnia.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r.

**MINISTER ZDROWIA**

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,  
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Joanna Stankiewicz

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia  
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/