

## Do lekarza POZ .

Nazywam się Leszek Uchniewski jestem lekarzem med ogólnej.

Przesyłam pacjenta w ramach porady w [www.liniawsparcia.com](http://www.liniawsparcia.com)

mój tel 508-383-291

**Nie chcę dokładać nikomu dodatkowej pracy dlatego załączam to krótkie wyjaśnienie.**

Stale praktykuję w POZ i tak jak wszyscy nie przepadam za wypisywaniem zaświadczeń i druczków w naszej pracy. Tym bardziej przepisywania tego samego tekstu po kilka razy :)

Kilka lat temu zostaliśmy uszczęśliwieni obowiązkiem wypisywania tak zwanych zaświadczeń zamiast obdukcji wykonywanych przez lekarzy sądowych. Polega to z grubsza na napisaniu ponownie tego samego co w historii choroby z kolejnym stempelkiem.

Napiszę jak ja to załatwiam mając naprawdę mało czasu w gabinecie POZ na pacjenta. Zaświadczenie wystawiam tylko jeśli pacjent lub jego prawnik koniecznie chcą opis w takiej formie.

Zwykle robię tylko nieco obszerniejszy wpis do historii choroby zawierający dodatkowe punkty potrzebne do celów dowodowych i kseruję (lub drukuję) dla pacjenta pod nazwą

### „wypis z dokumentacji medycznej z dnia...”

W 95% nikt mnie nie prosi o żadne zaświadczenia, po prostu sądowi wystarcza treść z tego ksero a dla lekarza przy pacjencie jest może o 3 minuty więcej. Poza tym spora część pokrzywdzonych nie zgłasza sprawy do sądu więc zazwyczaj to wystarcza.

Gdyby ktoś chciał zaświadczenie to załączam wzór druku z ustawy ale....tam jest też data WYSTAWIENIA zaświadczenia a więc można je wystawić np za 2 lata tylko jeśli będzie taka potrzeba na podstawie wpisu z dnia dzisiejszego. Najważniejsze to zapisać w treści porady kluczowe fakty i to naprawdę trwa krótko.

**Mała ściągawka która pomaga w tym, aby nie pisać potem do sądu i nie uzupełniać danych.**

1. Pacjent podaje, że: *dnia..... ok godziny ..... kto..... co..... z użyciem niebezpiecznych przedmiotów lub nie*. Koniecznie piszę że PACJENT tak podaje. Bo za chwilę może przyjść teściowa po opis obrażeń i będę pisał dokładnie odwrotnie niż teraz mi podano :)
2. Opis obrażeń gdzie.... jakie..... ile..... kolor.....(np żółtawe zabarwienie krawędzi zasinienia podczas gojenia) Piszemy naszym normalnym prostym językiem medycznym. Pomiary w milimetrach tak, ale nie musimy mierzyć każdego zadrapania jeśli jest ich trzydzieści.
3. W opisie obrażeń w miarę możliwości warto ująć fakty które pomogą ocenić czy były zadane prawą ręką czy lewą, albo czy wszystkie obrażenia wydają się pochodzić z tego samego dnia, albo inne fakty które WIDAĆ ale proszę nie podawać interpretacji i wniosków zbyt szczegółowych, bo potem będą pytania, a na jakiej podstawie „Pan Doktor tak uważa” - czyli wycieczka do sądu zamiast pracy w POZ.
4. Informacja czy obrażenia wymagają leczenia i jakie leczenie zleciłem
5. Puentę mogę, ale nie muszę napisać. Na przykład ogólnie i ostrożnie: “Obrażenia mogą odpowiadać opisywanym przez pacjenta okolicznościom urazów”. Albo „część obrażeń może odpowiadać....” Albo „obraz kliniczny może odpowiadać różnym mechanizmom powstawania obrażeń - zalecam obdukcję u specjalisty”
6. Warto dodać godzinę wykonania badania, bo godzina rejestracji w systemie komputerowym nie zawsze pokrywa się z momentem wejścia do gabinetu.
7. Koniecznie piszemy czy rozstrój zdrowia trwa nie dłużej niż 7 dni czy powyżej. Jeśli tego nie wiem (a dość często nie wiem) to proszę o poradę za 6 dni i robię dwa zdania opisu (boli nadal albo nie boli, obrzęk utrudnia zginanie w stawie albo nie, rana wymaga opatrunku albo nie, nos jest drożny albo nie) jak najprościej. To też podlega dokładnej ocenie lekarza sądowego lub lek med pracy - czy można jeździć wózkiem widłowym z siniakiem na lewym barku???? Nie wiem i nie będę wiedział, ale odnotuję to co pacjent potrzebuje w celu rozpoczęcia procedury prawnej.
8. Zawsze informuje pacjenta że jest to opis DLA LEKARZA czyli moja dokumentacja służąca do leczenia oraz do odnotowania faktu zdarzenia oraz typu obrażeń. Jeśli pacjent chce dokładną ocenę i **interpretację** czym dokładnie było uderzenie i z jakiej wysokości cegła na głowę spadła to **KONIECZNIE** musi zgłosić się na obdukcję **do specjalisty sądowego** bo lekarz POZ nie ma takiej wiedzy i możliwości aby to orzekać.
9. Informuje pacjenta, że wykonano jeden z etapów pracy, a teraz zależnie od decyzji prawnika pacjent może i powinien wykonać dalsze działania.

Tekst jest opisem własnych doświadczeń, jest subiektywny i nie posiada podstawy prawnej a jedynie prezentuje jedno z podejść do opisywanego problemu. Jako taki jest wyłącznie sugestią i nie gwarantuję ani tego, że zalecenia są kompletne ani że są całkowicie zgodne z aktualnie obowiązującymi wymogami prawa. Tekst celowo nie ujmuje kwestii dokumentacji fotograficznej.

**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

