

## PROCEDURA ŚWIADCZENIA USŁUG TRANSPORTU PACJENTA W SP ZOZ OŚRODKU REHABILITACJI W SUWAŁKACH

w ramach realizacji projektu NR LTPL00447 „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang. *Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, z Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021–2027.

### §1.

#### Cel procedury

1. Celem niniejszej procedury jest określenie zasad organizacji i realizacji bezpłatnej usługi transportu pacjentów na potrzeby udziału w działaniach projektowych.
2. Usługa transportu ma na celu zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej, w szczególności do skorzystania z nowoutworzonych zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej w komorze kriogenicznej, dla pacjentów mających trudności z samodzielnym dotarciem do placówki.
3. Transport realizowany jest w szczególności wobec pacjentów, którzy ze względu na:
  - o stan zdrowia,
  - o ograniczoną mobilność,
  - o trudności społeczno-ekonomiczne,mają ograniczoną możliwość korzystania z ambulatoryjnych świadczeń rehabilitacyjnych.

### §2.

#### Zakres procedury

1. Procedura dotyczy organizacji transportu pacjentów:
  - o na wizytę kwalifikacyjną u lekarza kierującego na krioterapię ogólnoustrojową,
  - o na cykl 10 dni zabiegów krioterapii w komorze kriogenicznej.
2. Transport realizowany jest samochodem zakupionym w ramach ww. projektu.
3. Usługa transportu jest bezpłatna dla pacjenta.

### §3.

#### Grupa docelowa

1. Z usługi transportu mogą korzystać pacjenci zakwalifikowani do udziału w projekcie zamieszkujący:
  - o powiat sejneński,
  - o powiat suwalski,
  - o miasto Suwałki,
  - o powiaty ościenne.
2. Pierwszeństwo w korzystaniu z transportu mają pacjenci:
  - o z ograniczoną mobilnością,
  - o osoby starsze,
  - o osoby w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej,
  - o osoby bez możliwości dojazdu transportem publicznym lub prywatnym.

#### §4.

##### Zasady organizacji transportu

1. Transport organizowany jest przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach będący realizatorem ww. projektu.
2. Pacjent zgłasza potrzebę skorzystania z transportu:
  - o Telefonicznie,
  - o osobiście w placówce – na podstawie Załącznika nr 2 - **Wniosek pacjenta o zapewnienie transportu w ramach projektu.**
3. Zgłoszenie telefoniczne pacjenta zostaje wpisane przez pracownika Ośrodka do **Rejestru zgłoszeń telefonicznych na bezpłatny transport** – Załącznik nr 3.
4. Koordynator projektu:
  - o weryfikuje możliwość skorzystania z transportu,
  - o ustala termin przejazdu,
  - o informuje pacjenta o godzinie i miejscu odbioru.
5. Transport może być organizowany:
  - o indywidualnie,
  - o zbiorowo (kilku pacjentów jednym pojazdem).
6. Transport obejmuje:
  - o przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta lub ustalonego punktu zbiorczego do Ośrodka,
  - o powrót do miejsca zamieszkania pacjenta po zakończeniu wizyty kwalifikacyjnej lub zabiegu w Ośrodku.

#### §5.

##### Dokumentowanie realizacji transportu

1. Każdy przejazd w ramach projektu musi być udokumentowany.
2. Podstawową dokumentacją jest:
  - o **Lista obecności / potwierdzenie przejazdu pacjenta samochodem projektowym** (Załącznik nr 1), zawierające:
    - imię i nazwisko pacjenta,
    - datę przejazdu,
    - trasę przejazdu,
    - cel przejazdu (kwalifikacja na zabiegi / zabiegi),
    - podpis pacjenta potwierdzający skorzystanie z transportu,
    - podpis kierowcy.
3. W ramach prowadzonej usługi bezpłatnego transportu prowadzona jest **Ewidencja przebiegu pojazdu** (Załącznik nr 6).
4. Dokumentacja transportu przechowywana jest w dokumentacji projektu zgodnie z zasadami archiwizacji dokumentów projektowych.

#### §6.

##### Ochrona danych osobowych (RODO)

1. Dane osobowe pacjentów przetwarzane są zgodnie z:
  - o Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO),
  - o krajowymi przepisami o ochronie danych osobowych.

2. Pacjent przed skorzystaniem z transportu podpisuje:
  - o **Klauzulę informacyjną RODO** (Załącznik nr 4) dotyczącą przetwarzania danych osobowych w projekcie,
  - o **Zgodę na przetwarzanie danych osobowych** (Załącznik nr 5) w zakresie niezbędnym do realizacji projektu, w tym organizacji transportu.
3. Dane osobowe wykorzystywane są wyłącznie w celu:
  - o realizacji projektu,
  - o dokumentowania wsparcia,
  - o sprawozdawczości projektowej.
4. Dostęp do danych mają wyłącznie osoby upoważnione do realizacji projektu.

### §7.

#### Odpowiedzialność

1. Za organizację transportu odpowiada koordynator projektu.
2. Za bezpieczną realizację przejazdu odpowiada kierowca pojazdu.
3. Personel projektu odpowiada za:
  - o prowadzenie dokumentacji transportu,
  - o archiwizację dokumentów,
  - o zapewnienie zgodności realizacji transportu z zasadami projektu Interreg Litwa – Polska 2021-2027.

### §8.

#### Postanowienia końcowe

1. Procedura obowiązuje przez cały okres realizacji projektu nr LTPL00447 pn. „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (*ang „Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services”*).
2. Wszelkie zmiany procedury mogą być wprowadzone w formie pisemnej przez kierownika jednostki realizującej projekt.
3. Procedura stanowi element dokumentacji projektowej i podlega kontroli przez instytucje zarządzające Programem Interreg VI-A Litwa–Polska 2021–2027.

#### Załączniki do procedury:

1. Załącznik nr 1 – Lista obecności / potwierdzenie przejazdu pacjenta samochodem projektowym
2. Załącznik nr 2 – Wniosek pacjenta o zapewnienie transportu w ramach projektu
3. Załącznik nr 3 – Rejestr zgłoszeń telefonicznych na bezpłatny transport
4. Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna RODO
5. Załącznik nr 5 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w projekcie
6. Załącznik nr 6 - Ewidencja przebiegu pojazdu



## ZAŁĄCZNIK NR 1

## Lista obecności / potwierdzenie przejazdu pacjenta samochodem projektowym

w ramach projektu pn. „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang „*Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*”) w ramach Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021-2027, Nr projektu: LTPL00447

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	Data przejazdu	Cel przejazdu Kwalifikacja na zabiegi - K/ Zabiegi - Z	Trasa przejazdu (skąd - dokąd)	Podpis pacjenta potwierdzający przejazd	Podpis kierującego pojazdem

**Wniosek pacjenta o zapewnienie transportu w ramach projektu**

pn. „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang „*Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*”) w ramach Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021-2027, Nr projektu: LTPL00447

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

**Zakres wnioskowanego transportu**

Wnioskuje o zapewnienie transportu w ramach projektu na:

 wizytę kwalifikacyjną do zabiegów cykl zabiegów (10 dni zabiegowych)/ planowany termin rozpoczęcia zabiegów: .....**Uzasadnienie potrzeby transportu** trudności zdrowotne / ograniczona mobilność brak możliwości dojazdu transportem publicznym trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna inne (jakie?) .....

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Data: .....

Podpis pacjenta: .....

**Rejestr zgłoszeń na bezpłatny transport**

w ramach projektu pn. „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang „*Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*”) w ramach Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021-2027, Nr projektu: LTPL00447

Lp.	Data zgłoszenia potrzeby transportu	Imię i nazwisko pacjenta	Adres zamieszkania pacjenta	Telefon kontaktowy	Czytelny podpis przyjmującego zgłoszenie



### Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji projektu pn. „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang. *Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*), Nr LTPL00447, realizowanego w ramach Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021-2027.
3. Podstawą przetwarzania danych jest:
  - o art. 6 ust. 1 lit. e RODO – realizacja zadania publicznego,
  - o art. 9 ust. 2 lit. h RODO – przetwarzanie danych dotyczących zdrowia w celu realizacji świadczeń zdrowotnych.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane:
  - o instytucjom zarządzającym i kontrolującym Program Interreg Litwa - Polska,
  - o podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami dotyczącymi realizacji i archiwizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.
6. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo:
  - o dostępu do danych,
  - o sprostowania danych,
  - o ograniczenia przetwarzania danych,
  - o wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w projekcie.

Zapoznałam/łem się:

Data: .....

Czytelny podpis pacjenta: .....

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w projekcie**

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach w celu realizacji projektu:

„Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej” (ang. *Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*) nr LTPL00447 realizowanego w ramach Programu Interreg VI-A Litwa – Polska 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych.

Data: .....

Podpis pacjenta: .....



**Ewidencja przebiegu pojazdu**

**Projekt pn.:** „Poprawa dostępności i jakości ambulatoryjnych usług rehabilitacji medycznej”  
(ang. *Improving of the Availability and Quality of Outpatient Medical Rehabilitation Services*)

Program Interreg VI-A Litwa – Polska 2021–2027

**Nr projektu:** LTPL00447

**Dane pojazdu**

Marka i model pojazdu: .....

Numer rejestracyjny: .....

Jednostka realizująca projekt: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek  
Rehabilitacji w Suwałkach

Okres rozliczeniowy (np. miesiąc): .....

**Ewidencja przejazdów**

Lp.	Data	Cel przejazdu (np. kwalifikacja - K, zabiegi - Z)	Trasa przejazdu (skąd - dokąd)	Stan licznika na początku (km)	Stan licznika na końcu (km)	Liczba przejechanych km	Imię i nazwisko kierowcy	Podpis kierowcy

Podsumowanie okresu

Stan licznika na początku okresu: ..... km

Stan licznika na końcu okresu: ..... km

łącna liczba przejechanych kilometrów: .....km

**Kierowca pojazdu:**

Imię i nazwisko: .....

Podpis: .....

Data: .....

**Osoba odpowiedzialna za realizację projektu:**

Imię i nazwisko: .....

Podpis: .....

Data: .....