

REGULAMIN ODWIEDZIN PACJENTÓW Małopolskiego Centrum Rehabilitacji w Radziszowie

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr 8/2026 z dnia 11 lutego 2026

§1.

Organizacja odwiedzin

1. Odwiedziny pacjentów mogą odbywać się we wszystkie dni tygodnia, w godzinach przed i popołudniowych z poszanowaniem prawa pacjenta do kontaktu z osobami bliskimi.
2. **Z uwagi na specyfikę funkcjonowania oddziału**, w szczególności prowadzone zajęcia rehabilitacyjne, terapie oraz działalność edukacyjną i wychowawczą, **zaleca się**, aby odwiedziny odbywały się przede wszystkim:
 - o w soboty, niedziele oraz dni świąteczne w godzinach od **13:30 do 17:00**.
3. Organizacja odwiedzin uwzględnia rytm dnia pacjentów, potrzeby terapeutyczne oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

§2.

Zasady ogólne odwiedzin

1. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, odwiedziny są dopuszczalne wyłącznie **dla rodziców, opiekunów prawnych oraz osób pisemnie upoważnionych przez rodziców lub opiekunów prawnych**.
2. Osoby odwiedzające zobowiązane są do zgłoszenia się w recepcji szpitala. Informacja o wizycie przekazywana jest pielęgniarce oddziału oraz pacjentowi, który schodzi na hol dolny w celu spotkania z odwiedzającym.
3. **Odwiedziny pacjentów przez osoby małoletnie są dopuszczalne** pod warunkiem, że nie zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów, oraz wyłącznie w sytuacji, gdy: dziecko pozostaje pod stałą opieką osoby dorosłej,

§3.

Zasady organizacji odwiedzin

1. Osoby odwiedzające muszą być zdrowe i nie wykazywać cech infekcji, w szczególności gorączki, kaszlu lub kataru.
2. Odwiedziny odbywają się w:
 - o **holu dolnym,**
 - o **jadalni (do godziny 16:30),**
 - o **na terenie wokół Szpitala, w granicach ogrodu.**
3. Osoby odwiedzające nie wchodzi do sal łóżkowych pacjentów. Wejście do sali łóżkowej możliwe jest wyłącznie za zgodą personelu medycznego i w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta lub innymi szczególnymi okolicznościami.
4. Osoba odwiedzająca zobowiązana jest do:
 - o okazania dokumentu tożsamości,
 - o podpisania **Formularza odwiedzin pacjenta** – załącznik nr 1.

§4.

Ograniczenia odwiedzin i sposób ich komunikowania

1. Ograniczenia odwiedzin mogą być wprowadzane wyłącznie z przyczyn medycznych lub epidemiologicznych.
2. Informacje o obowiązujących ograniczeniach przekazywane są pacjentowi oraz jego opiekunom prawnym, a także wywieszane na terenie szpitala w sposób jasny i zrozumiały.

REGULAMIN ODWIEDZIN PACJENTÓW **Małopolskiego Centrum Rehabilitacji w Radziszowie**

§5.

Kontakt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych

1. W przypadku ograniczenia lub zakazu odwiedzin pacjentom zapewnia się możliwość kontaktu z rodziną i bliskimi z wykorzystaniem:
 - o telefonu,
 - o urządzeń umożliwiających komunikację audio-wideo.
2. Personel oddziału wspiera pacjentów w korzystaniu z urządzeń, dbając o prywatność, bezpieczeństwo danych oraz komfort psychiczny dziecka.

§6.

Obowiązki osób odwiedzających

1. Dezynfekcja rąk przed wejściem i po opuszczeniu Szpitala.
2. Poruszanie się wyłącznie po wyznaczonych obszarach.
3. Przestrzeganie regulaminów i procedur wewnętrznych Szpitala.

§7.

Informacje porządkowe

1. Osoby odwiedzające zobowiązane są do niezakłócania pracy personelu oraz prawidłowego funkcjonowania Szpitala.
2. Obowiązuje zachowanie ciszy, porządku oraz poszanowanie prywatności i intymności pacjentów.
3. Osoby odwiedzające mogą korzystać wyłącznie z ogólnodostępnych pomieszczeń Szpitala.
4. Osoby odwiedzające ponoszą odpowiedzialność materialną za szkody wyrządzone z ich winy.
5. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste osób odwiedzających pozostawione na jego terenie.
6. Informacje o godzinach odwiedzin oraz o ewentualnych ograniczeniach lub zmianach zasad odwiedzin przekazywane są pacjentom i podawane do wiadomości publicznej w formie ogłoszeń.
7. Naruszenie zasad określonych w niniejszym regulaminie może skutkować nakazem opuszczenia Szpitala; decyzję w tym zakresie podejmuje lekarz dyżurny.

Zasady odwiedzin w oddziale Klinicznym Rehabilitacji Dziecięcej, Poddziale Rehabilitacji Neurologicznej uwzględniają obecność rodzica lub opiekuna prawnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem porządkowym MCR w Radziszowie

DYREKTOR
wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego
im. św. Ludwika w Krakowie


Stanisław Sierżewski

REGULAMIN ODWIEDZIN PACJENTÓW Małopolskiego Centrum Rehabilitacji w Radziszowie

Załącznik nr 1 FORMULARZ ODWIEDZIN PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:.....
 upoważniam Panią / Pana:.....
 stopień pokrewieństwa / relacja:.....numer telefonu:.....
 do odwiedzania oraz odbioru mojego dziecka z: **Oddziału Klinicznego Rehabilitacji Dziecięcej, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej WSSDz im. św. Ludwika w Krakowie** na czas trwania wizyty, zgodnie z obowiązującym **Regulaminem odwiedzin**, wyłącznie: w wyznaczonych miejscach na terenie Szpitala, na terenie zewnętrznym Małopolskiego Centrum Rehabilitacji w Radziszowie (w granicach ogrodzenia).
 Oświadczam, że osoba upoważniona została poinformowana o obowiązku przestrzegania regulaminów i procedur obowiązujących na terenie Szpitala, w szczególności zasad bezpieczeństwa oraz zasad sanitarno-epidemiologicznych.

Data:

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego:
.....

- upoważnienie jednorazowe
 upoważnienie stałe (do odwołania)

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, numer telefonu, zgodnie z przepisami **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO)**, przez **Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika, 32-052 Radziszów, ul. Podlesie 173**, w celu realizacji odwiedzin oraz czasowego wyjścia pacjenta z oddziału (na hol dolny lub na teren zewnętrzny budynku Szpitala).
 Oświadczam, że dane osobowe zostały przekazane administratorowi danych za moją zgodą przez rodziców lub opiekunów prawnych ww. pacjenta.

Ewidencja wyjścia i powrotu pacjenta z/na oddział

Data i godzina wyjścia	*Czytelny podpis osoby upoważnionej	Data i godzina powrotu	*Czytelny podpis osoby upoważnionej	Pieczętka i podpis pielęgniarki