

# **REGULAMIN NAGRYWANIA ROZMÓW TELEFONICZNYCH W SP ZOZ PROSZOWICE**

## **§ 1**

### **Podstawa prawna Regulaminu**

1. Podstawą prawną niniejszego Regulaminu jest art. 9 ust. 2 lit a oraz art. 6 ust.1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1) – RODO.

## **§ 2**

### **Przedmiot Regulaminu**

1. Regulamin określa zasady nagrywania (rejestrowania) rozmów telefonicznych osób kontaktujących się z SP ZOZ w Proszowicach, a także reguły rejestracji dźwięku i zapisu rozmowy, sposób ich zabezpieczenia, a także możliwość ich udostępnienia.

## **§ 3**

### **Cel nagrywania rozmów telefonicznych**

1. Celem nagrywania rozmów telefonicznych jest:
  - zapewnienie najwyższych standardów obsługi telefonicznej realizowanej przez pracowników SP ZOZ w Proszowicach poprzez weryfikacje jakości obsługi pacjentów, potencjalnych pacjentów oraz innych osób kontaktujących się ze szpitalem i jej udoskonalania;
  - udzielanie wyjaśnień i odpowiedzi na zapytania pacjentów dotyczące terminów rezerwowanych wizyt w poszczególnych poradniach oraz pracowniach;
  - telefoniczna konsultacja z lekarzami (teleporada);
  - udzielanie wyjaśnień i odpowiedzi dotyczących realizacji transportu sanitarnego
  - dokumentowanie kontaktów z pacjentami, potencjalnymi pacjentami oraz innymi osobami kontaktującymi się telefonicznie, w tym celu zapobieganie sytuacjom

konfliktowym dotyczącym treści informacji udzielanych telefonicznie i obrony przed roszczeniami.

2. Wykaz numerów telefonów z których nagrywane są rozmowy:

- 12-386-51-05
- 12-386-51-22
- 12-386-51-23
- 12-386-52-33
- 12-386-52-31
- 12-386-51-11

#### **§ 4**

#### **Informacje o rejestracji dla pacjentów**

1. Rejestracja telefoniczna pacjenta odbywa się pod numerami telefonów:

- 12-386-52-31 oraz 12-386-51-11

- a) rejestracja telefoniczna odbywa się codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 10:00 do 18:00.
- b) w celu wyznaczenia terminu wizyty należy podać telefonicznie następujące dane:
  - imię i nazwisko;
  - numer PESEL lub data urodzenia ;
  - numer telefonu lub adres e- mail – do kontaktu w razie zmiany terminu wizyty;
  - w przypadku pierwszorazowej wizyty w Przychodni Specjalistycznej pacjent zobowiązany jest do podania danych umieszczonych na skierowaniu wystawionym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Pracownicy Rejestracji telefonicznej udzielają ogólnych informacji o:

- a) terminie wizyty;
- b) czasie oczekiwania na wizytę,
- c) gabinecie w którym odbywa się wizyta;

3. Pracownicy Rejestracji telefonicznej nie są pracownikami upoważnionymi do udzielania informacji dotyczących diagnostyki i leczenia, wyników badań, sposobu dawkowania leków, postępowania w przypadku wystąpienia objawów chorobowych.

4. Pacjenci zapisywani są według kolejności zgłoszenia zgodnie z listą oczekujących zgodnie z kryterium opisanym w skierowaniu „stabilny” lub „pilny”.
5. Pacjenci dokonujący telefonicznej rezerwacji wizyty, proszeni są o zgłaszanie się 30 minut przed wizytą w celu uzupełnienia dokumentacji medycznej.
6. W przypadku zaistnienia nie przewidzianych okoliczności, które uniemożliwiają realizację świadczenia w ustalonym terminie, pacjent jest informowany w każdy możliwy, dostępny sposób np. telefonicznie, e-mailem lub listownie, przez pracownika Rejestracji o zmianie terminu wizyty.
7. Pacjent jest zobowiązany dostarczyć oryginał skierowanie nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia rezerwacji - pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.
8. Pracownicy Rejestracji telefonicznej mogą przerwać połączenie jeżeli naruszana jest ich godność osobista.

## § 5

### Informacje dotyczące danych osobowych

1. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób kontaktujących się z rejestracją telefoniczną znajdują się w klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr – 1 do niniejszego regulaminu.
2. Nagrania z rozmów przetwarzane są przez rok od rozmowy.
3. Zapis dźwięku może być udostępniony, za zgodą Dyrektora SP ZOZ w Proszowicach lub osób przez niego upoważnionych, na podstawie pisemnego wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
4. Nagrania przeznaczone do udostępnienia, w oparciu o zaakceptowany przez Dyrektora wniosek co do ich zakresu, przygotowywane są przez pracowników Sekcje IT.
5. SP ZOZ w Proszowicach może ujawnić nagrania lub informacje o nagraniach wyłącznie podmiotom współpracującym ze szpitalem na podstawie pisemnych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu realizacji zadań i usług na rzecz szpitala w szczególności w zakresie obsługi rejestracji telefonicznej, obsługi systemu nagrań rozmów, obsługi IT. Jeżeli nagranie z rozmów będzie stanowiło dowód w postępowaniu, zostanie ono również ujawnione odpowiednim organom państwowym.

6. Zapis może być udostępniony również na wniosek osoby fizycznej, jednak działanie takie nie może w żaden sposób naruszać praw osób trzecich.
7. Sekcja IT prowadzi rejestr udostępniania nagrań z rozmów, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do regulaminu.

## § 6 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor SP ZOZ w Proszowicach.
2. Powyższy regulamin wchodzi w życie z dniem wejścia zarządzenia wprowadzającego regulamin.

  
Dyrektor SP ZOZ Proszowice  
Eukasz Szafranski

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH**

1. Wnioskodawca:.....  
.....  
.....  
(nazwa firmy i jej siedziba albo imię, nazwisko i adres zamieszkania wnioskodawcy).
2. Krótki opis zdarzenia:.....  
.....  
.....
3. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych osobowych:  
.....  
.....
4. Wskazanie celu otrzymania zapisu rozmowy:.....  
.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

.....  
(podpis Dyrektora)

Potwierdzam odbiór nośnika z nagraniem i oświadczam, że otrzymane materiały zostaną wykorzystane wyłącznie w celu wskazanym we wniosku.

\*Niepotrzebne skreślić

**EWIDENCJA UDOSTĘPNIANIA ZAPISU ROZMÓW**

Lp.	Data udostępnienia danych	Podmiot, któremu dane udostępniono (nazwa, adres)	Podstawa prawna udostępnienia danych	Zakres udostępnionych danych	Podpis pracownika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					