



# Sbírka zákonů a mezinárodních smluv

ČESKÁ REPUBLIKA

---

Zpřístupněna dne 20. prosince 2024

**Vyhláška č. 444/2024 Sb.**

**Vyhláška o zdravotnické dokumentaci**

444

**VYHLÁŠKA**

ze dne 19. prosince 2024

**o zdravotnické dokumentaci**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění zákona č. 111/2019 Sb., zákona č. 326/2021 Sb. a zákona č. 240/2024 Sb., k provedení § 69 písm. a) až g) a § 69c odst. 2 zákona o zdravotních službách:

**§ 1****Předmět právní úpravy**

Tato vyhláška stanoví

- a) obsah a náležitosti zdravotnické dokumentace,
- b) způsoby zpracování zdravotnické dokumentace,
- c) patientský souhrn a další části zdravotnické dokumentace, které lze prostřednictvím Národního kontaktního místa předat národnímu kontaktnímu místu státu Evropské unie,
- d) lhůty pro provádění záznamů a autorizaci zdravotnické dokumentace,
- e) dobu uchování zdravotnické dokumentace a
- f) postup při vyřazování zdravotnické dokumentace.

**Obsah a náležitosti zdravotnické dokumentace****§ 2**

Zdravotnická dokumentace obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, a to

- a) identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou
  1. jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele, jde-li o fyzickou osobu,
  2. v případě právnické osoby obchodní firma nebo název a adresa sídla, v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky také místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území České republiky,
  3. identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
  4. adresa místa poskytování zdravotních služeb,
  5. název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“),
- b) identifikační a kontaktní údaje pacienta, kterými jsou
  1. jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta,
  2. datum narození, případně rodné číslo, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění a kód zdravotní pojišťovny, číslo a druh identifikačního dokladu; informace o čísle

- a druhu identifikačního dokladu se neuvádí u dětí, kterým nebyl doklad vydán, a u osob omezených na svobodě,
3. adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky, a v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky také adresa bydliště mimo území České republiky, je-li takový údaj znám,
  4. adresa pro doručování, pokud není totožná s adresou podle bodu 3, a pokud je pacientem sdělena,
  5. telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny,
  6. identifikátor pacienta,
- c) pohlaví pacienta určené po narození,
- d) jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor zdravotnického pracovníka, který provedl záznam do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který je fyzickou nebo právnickou osobou a který provádí záznamy do zdravotnické dokumentace jako jediná osoba v rámci poskytovatele,
- e) datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta,
- f) v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče
1. datum a čas přijetí pacienta do péče a datum a čas ukončení péče o pacienta,
  2. informace o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby, nebo o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu,
  3. datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, nebo
  4. datum a čas úmrtí pacienta, došlo-li k úmrtí při poskytování jednodenní nebo lůžkové péče,
- g) informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb a pro vypracování posudků pro účely sociálního zabezpečení,
- h) informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností tak, že má omezenou způsobilost posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, a rozsah tohoto omezení,
- i) identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo jiné osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta, identifikační a kontaktní údaje důvěrníka nebo podpůrce pacienta,
- j) identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele pacienta v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, pokud jsou poskytovateli známy,
- k) u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá,

- l) u pacienta a zákonného zástupce se sluchovým postižením, kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením nebo těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody informace o formách komunikace, které pacient preferuje, a o poskytovatelem zvolené formě komunikace s pacientem,
- m) údaj o dorozumívacím jazyku pacienta, pokud je odlišný od českého nebo slovenského jazyka, a o poskytovatelem zvoleném způsobu nebo prostředku komunikace,
- n) u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné<sup>1)</sup> záznam o vykonávané činnosti,
- o) informace o užívání návykových látek a o provedení krátké intervence podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek<sup>2)</sup>,
- p) informace o tom, že pacient je držitelem řidičského průkazu,
- q) informace o tom, že pacient je držitelem zbrojního průkazu,
- r) informace o tom, že pacient je osobou se zdravotním postižením podle jiného právního předpisu<sup>3)</sup>,
- s) u pacienta ve výkonu ochranného léčení v ústavní formě
  1. záznam o individuálně stanovených rizicích a protektivních faktorech podkládajících jeho společenskou nebezpečnost a záznam o jejich pravidelném přehodnocování, a to alespoň jednou každých 6 měsíců,
  2. zprávy o průběhu ochranného léčení zpracované poskytovatelem pro soud.

### § 3

- (1) Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje
- a) pracovní závěry a konečnou diagnózu,
  - b) doporučení dalšího léčebného postupu a informace o průběhu poskytování zdravotních služeb, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,
  - c) záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb,
  - d) záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,
  - e) záznam o
    1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků<sup>4)</sup>,
    2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství; v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení transfuzní služby, datum a čas podání transfuzního přípravku a podpis zdravotnického pracovníka v případě zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě identifikátor zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal,
    3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně uvedení jejich množství, nebo zdravotnickými prostředky,
  - f) záznam o aplikaci lidských tkání a buněk<sup>5)</sup> pacientovi, včetně data provedení, uvedení označení jednotným evropským kódem a kódem tkáňového zařízení, které produkt propouštělo do oběhu,

- g) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie příkazu ke zdravotnické přepravě,
- h) záznamy o poskytnuté ošetrovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté léčebně rehabilitační péči,
- i) záznam o provedení očkování, včetně data provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže, a to v případě poskytovatele, který provedl očkování,
- j) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit za pacienta souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví jiný právní předpis<sup>6)</sup> nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě poskytovatelem vyžádán,
- k) záznam o souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb a o způsobu jeho poskytnutí v případě pacienta nebo zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit za pacienta souhlas s poskytnutím zdravotních služeb se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením,
- l) záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb,
- m) záznam o poskytnutí neodkladné péče bez souhlasu, který obsahuje záznam o indikaci neodkladné péče, včetně uvedení konkrétního důvodu a účelu poskytnutí této péče a postoje pacienta k jejímu poskytnutí,
- n) záznam o hospitalizaci pacienta bez souhlasu<sup>7)</sup>, který obsahuje
  1. záznam o indikaci hospitalizace bez souhlasu, důvodu a účelu hospitalizace,
  2. čas zahájení a ukončení hospitalizace bez souhlasu,
  3. v případě hospitalizace pacienta bez souhlasu podle § 38 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách popis ohrožení a uvedení mírnějších postupů, jejichž použití bylo zvažováno, a důvodu, proč nebyly použity, případně proč nebyly účinné, pokud byly použity,
  4. záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů hospitalizace bez souhlasu a o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu hospitalizace bez souhlasu,
  5. jméno, popřípadě jména, příjmení, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor lékaře, který hospitalizaci pacienta bez souhlasu indikoval,
  6. záznam o datu a čase podání informace o hospitalizaci pacienta bez souhlasu osobám, které je poskytovatel podle zákona o zdravotních službách povinen o této skutečnosti informovat<sup>8)</sup>,
  7. písemný dodatečný souhlas s hospitalizací, byl-li takový souhlas udělen<sup>9)</sup>,
- o) záznam o použití omezovacích prostředků<sup>10)</sup> vůči pacientovi, který obsahuje
  1. záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení, včetně popisu ohrožení, za účelem jehož odvrácení byl omezovací prostředek použit, a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu také musí vyplývat, jaký mírnější postup byl neúspěšně použit nebo proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků,
  2. čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,

3. záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,
  4. záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení,
  5. v případě výskytu komplikací jejich popis a způsob řešení,
  6. jméno, popřípadě jména, a příjmení, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován,
  7. v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,
  8. jméno, popřípadě jména, a příjmení, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku ukončil,
  9. záznam o datu, čase a způsobu informování pacienta o důvodech použití omezovacího prostředku,
  10. záznam o datu a čase podání informace o použití omezovacích prostředků osobám, které je poskytovatel podle zákona o zdravotních službách povinen o této skutečnosti informovat<sup>11</sup>),
  11. záznam o prokazatelném dodatečném souhlasu s použitím omezovacích prostředků, byl-li takový souhlas vysloven,
- p) záznam o uplatnění dohledu příslušníka Vězeňské služby a jeho formě v případě poskytování zdravotních služeb osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence a osobám omezeným na svobodě,
- q) stejnopisy lékařských posudků; to se netýká posudků pro účely sociálního zabezpečení,
- r) v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb také žádanku vystavenou jiným poskytovatelem,
- s) záznam o provedení a průběhu konzilia, včetně identifikačních údajů poskytovatele nebo zdravotnického pracovníka, který se na konziliu podílel,
- t) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny, záznam o zapůjčení<sup>12</sup>) zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k zapůjčení došlo,
- u) záznam o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, výsledek posuzování zdravotního stavu v době jejího trvání, údaje o stanoveném režimu dočasné práce neschopného pojištěnce a jeho změnách, záznam o započítání potřeby ošetřování nebo péče a jeho délce; záznam o potřebě dlouhodobého ošetrového včetně záznamu o vystavení odpovídajících rozhodnutí a potvrzení, o událostech souvisejících se vznikem nároku na peněžitou pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede poskytovatel, který pacienta vedl v evidenci dočasné práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pra-

- covní neschopnosti předán do evidence jiného poskytovatele nebo převzat od jiného poskytovatele, je obsahem zdravotnické dokumentace také záznam o dni jeho předání nebo převzetí,
- v) záznamy lékaře orgánu nemocenského pojištění související s kontrolou posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování a dlouhodobého ošetrovního,
  - w) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
  - x) záznam o podezření lékaře na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy<sup>13)</sup>,
  - y) záznam o podezření lékaře na obětí násilí a o přijatých opatřeních, který obsahuje
    1. popis událostí, zacházení a následných fyzických i psychických projevů, jak je udává pacient,
    2. záznam o objektivním nálezů s podrobným popisem zranění či jiných známek násilí a jejich umístění na těle, pokud možno včetně barevných fotografií,
    3. záznam o přijatých opatřeních,
  - z) záznam o zjištění skutečností, které vypovídají o tom, že pacient, který je osobou omezenou na svobodě, mohl být podroben špatnému zacházení.
- (2) Požadavky na obsah a náležitosti jednotlivých částí zdravotnické dokumentace stanoví příloha č. 1 k této vyhlášce. Jednotlivé části zdravotnické dokumentace vždy obsahují i údaje a informace podle § 2 písm. a), b) a d), pokud není v příloze č. 1 stanoveno jinak.
- (3) Zdravotnická dokumentace poskytovatele, který rozhodl o vedení patientského souhrnu, také obsahuje údaje a záznamy, které jsou podstatné pro vedení patientského souhrnu, a to v rozsahu stanoveném v příloze č. 2 k této vyhlášce.

## § 4

- (1) Zdravotnická dokumentace dále obsahuje
- a) zprávy z vyšetření včetně laboratorních ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam,
  - b) informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení poskytování zdravotních služeb nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, případně sociálních služeb, které si o pacientovi předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb,
  - c) v případě lůžkové péče epikrízu a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů; epikríza a plán dalšího léčebného postupu se do zdravotnické dokumentace zaznamenává alespoň jednou za 7 dnů, v případě dlouhodobé lůžkové péče nebo následné lůžkové péče v oboru psychiatrie alespoň jednou za měsíc,
  - d) v případě pracovnílékařských služeb údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie<sup>14)</sup>, výsledky biologických expozičních testů, dávky ionizujícího záření a další údaje podstatné pro hodnocení vlivu pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a dále písemné informace o dosavadním zdravotním stavu

nebo o jeho vývoji předané registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie,

- e) záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů<sup>15)</sup>, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto jiných právních předpisů,
- f) záznamy o výskytu nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení včetně identifikace klinického hodnocení EU číslem studie nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinické zkoušky a záznamy o radiologické události kategorie A nebo B, při níž tkáňové reakce způsobené chybným ozářením mohou negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta nebo je z důvodu radiologické události nutné provést změny v jeho léčebném postupu, a to v rozsahu podle jiného právního předpisu<sup>16)</sup>,
- g) záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena<sup>17)</sup>,
- h) záznam o hlášení infekčního onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční onemocnění nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví k splnění povinnosti podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
- i) záznam o předání zdravotnické dokumentace nebo její části, popřípadě její kopie, výpisu nebo informace z ní,
- j) záznam o absolvovaných preventivních prohlídkách, včetně data jejich provedení.

(2) Zdravotnická dokumentace zdravotnické záchranné služby dále obsahuje

- a) písemný, zvukový, případně obrazový záznam o příjmu volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“),
- b) písemný záznam operátora předávaný výjezdové skupině, pokud je vyhotoven, případně audio záznam hovoru operátora o předání pokynu k výjezdu výjezdové skupině,
- c) písemný, zvukový, případně obrazový záznam výjezdové skupiny pořízený v souvislosti s činností výjezdové skupiny na základě tísňového volání,
- d) identifikační a třídící kartu,
- e) záznam o hromadném odsunu pacientů.

## § 5

### Způsob zpracovávání zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě

Na každém listu zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě se uvede jméno, popřípadě jména, a příjmení a identifikátor pacienta, datum narození, popřípadě rodné číslo pacienta, dále identifikační údaje poskytovatele v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby a identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení.



## Způsob zpracovávání zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě

### § 6

Informační systém, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace v elektronické podobě, zaznamenává veškeré činnosti provedené ve zdravotnické dokumentaci a zajišťuje funkce nezbytné pro vyřazování zdravotnické dokumentace.

### § 7

- (1) K uložení záznamů v elektronické podobě je poskytovatel povinen použít technické prostředky, které zaručují, že v provedených záznamech nelze údaje dodatečně upravovat; technickými prostředky jsou organizačně-technická opatření, informační systémy, technické zařízení a vybrané pracovní postupy vylučující možnost následné úpravy uložených záznamů.
- (2) Informační systém, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace v elektronické podobě, eviduje seznam identifikátorů záznamů v elektronické dokumentaci pacientů vedené poskytovatelem.
- (3) Bezpečnostní kopie dat z informačních systémů jsou prováděny nejméně jednou denně, pokud v daný den došlo v informačním systému ke změně, a to na jiné technické prostředky, než na kterých jsou umístěna originální data.
- (4) Před uplynutím doby životnosti technického nosiče záznamu poskytovatel zajistí přenos záznamu na jiný technický nosič dat.
- (5) Uložení kopií dat pro dlouhodobé uchování musí být provedeno způsobem znemožňujícím provádět do těchto kopií dodatečné zásahy; tyto kopie jsou vytvářeny nejméně jednou za kalendářní rok.
- (6) Při uchovávání kopií pro dlouhodobé uchování na technickém nosiči dat je zajištěn přístup k těmto údajům pouze oprávněným osobám a je zajištěna jejich čitelnost nejméně po dobu, která je stanovena pro uchování zdravotnické dokumentace.
- (7) Dokumenty v listinné podobě, které jsou částmi zdravotnické dokumentace, musí být při převodu do elektronické podoby doplněny doložkou potvrzující převedení podepsanou resortním nebo uznávaným elektronickým podpisem osoby, která převod provedla, a časovým razítkem. Dokument v listinné podobě, který poskytovatel převedl na dokument v elektronické podobě, je poskytovatel oprávněn zničit.
- (8) Poskytovatel převede výstupy ze zdravotnické dokumentace na žádost pacienta do listinné podoby. Pokud došlo k převedení do listinné podoby, opatří se uvedením data převedení, podpisem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který převedení provedl, a uvedením jeho jména, popřípadě jmen, a příjmení.
- (9) Informační systém, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace, musí umožňovat zpracovávání zdravotnické dokumentace ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiném informačním systému stanoveném standardem elektronického zdravotnictví vydaným podle zákona o elektronizaci zdravotnictví.

## Pacientský souhrn

### § 8

- (1) Pacientský souhrn je pro účel poskytnutí základních údajů o zdravotním stavu pacienta prostřednictvím Národního kontaktního místa jinému poskytovateli veden elektronicky a strukturovaně v kódových systémech, které umožňují komunikaci mezi Národním kontaktním místem a poskytovatelem, který pacientský souhrn vede a předává Národnímu kontaktnímu místu. Kódové systémy pro účel vedení pacientského souhrnu jsou veřejně přístupné na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Obsah a struktura pacientského souhrnu je stanovena v příloze č. 2 k této vyhlášce.
- (2) Pacientský souhrn lze vést za účelem předávání Národnímu kontaktnímu místu, pokud je u poskytovatele, který pacientský souhrn vede, zajištěna jeho nepřetržitá dostupnost. Pacientský souhrn je poskytován prostřednictvím individuálního rozhraní poskytovatele nebo výměnné platformy sdružující více poskytovatelů.
- (3) Poskytovatel, který rozhodne o vedení pacientského souhrnu, pro potřeby zřízení přístupu do Národního kontaktního místa, ohlásí správci Národního kontaktního místa prostřednictvím datové zprávy do datové schránky správce vedení pacientského souhrnu. Ohlášení obsahuje
  - a) identifikační údaje poskytovatele v rozsahu obchodní firma nebo název a identifikační číslo osoby, je-li přiděleno,
  - b) adresu rozhraní informačního systému poskytovatele pro komunikaci s Národním kontaktním místem,
  - c) šifrovací certifikát poskytovatele určený pro komunikaci s Národním kontaktním místem a
  - d) způsob poskytování pacientského souhrnu podle odstavce 2 věty druhé.
- (4) Poskytovatel k ohlášení podle odstavce 3 zároveň připojí protokol dokládající provedení testu shody rozhraní provozovaného informačního systému v souladu s provozní dokumentací Národního kontaktního místa. Provedení testu shody zajišťuje správce Národního kontaktního místa. Provozní dokumentace Národního kontaktního místa je veřejně přístupná na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

### § 9

- (1) Požadavek o pacientský souhrn podaný prostřednictvím Národního kontaktního místa poskytovateli, který Národnímu kontaktnímu místu ohlásil vedení a poskytování pacientského souhrnu, obsahuje
  - a) identifikační údaje pacienta podle § 2 písm. b) bodů 1 a 2 a
  - b) identifikační údaje poskytovatele jiného státu Evropské unie a jeho zdravotnického pracovníka, který o pacientský souhrn žádá.
- (2) Požadavek o pacientský souhrn je předáván prostřednictvím rozhraní informačního systému poskytovatele, které bylo podle § 8 odst. 3 písm. b) ohlášeno Národnímu kontaktnímu místu.

## § 10

**Další části zdravotnické dokumentace,  
které lze prostřednictvím Národního kontaktního místa  
předat národnímu kontaktnímu místu státu Evropské unie**

- (1) Prostřednictvím Národního kontaktního místa lze národnímu kontaktnímu místu státu Evropské unie předat informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče nebo zprávu o poskytnutých zdravotních službách.
- (2) Pro vedení a předávání dalších částí zdravotnické dokumentace podle odstavce 1 se použijí obdobně § 8 odst. 2 až 4 a § 9.

## § 11

**Lhůty pro provádění záznamů  
a autorizaci zdravotnické dokumentace  
v návaznosti na druhy a formy zdravotní péče**

- (1) Záznam do zdravotnické dokumentace provede poskytovatel bezodkladně, pokud tato vyhláška nestanoví jinak.
- (2) Poskytovatel lůžkové péče provede záznam o poskytnuté zdravotní péči minimálně jednou za 24 hodin.
- (3) Autorizace záznamu se provede nejpozději v průběhu dne nebo směny, v níž byl záznam proveden.

## § 12

Záznam ve zdravotnické dokumentaci může být pacientem, případně jeho zákonným zástupcem, podepsán vlastnoručně, kvalifikovaným elektronickým podpisem, zaručeným elektronickým podpisem, uznávaným elektronickým podpisem nebo dynamickým biometrickým podpisem.

## § 13

**Doba uchování zdravotnické dokumentace**

- (1) Doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejích částí jsou stanoveny v příloze č. 3 k této vyhlášce. Před uplynutím doby uchování nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.
- (2) Doba uchování zdravotnické dokumentace počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta, pokud není v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak.
- (3) Pokud zdravotnická dokumentace, popřípadě její jednotlivé části, svým zařazením nebo věcným obsahem podléhají různým dobám pro její uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, určí se doba uchování a událost rozhodná pro počítání běhu této doby vždy podle nejdelší doby uchování. Jde-li o jednotlivé části obsahu zdravotnické dokumentace, lze určit dobu uchování a událost rozhodnou pro počítání běhu této doby pro každou jednotlivou část zdravotnické dokumentace zvlášť.

## **Postup při vyřazování zdravotnické dokumentace, podrobnosti postupu při výběru archiválií a způsob zničení zdravotnické dokumentace po uplynutí doby uchování**

### § 14

- (1) Po uplynutí doby uchování zdravotnické dokumentace poskytovatel posoudí, zda je tato zdravotnická dokumentace potřebná pro další poskytování zdravotních služeb (dále jen „posouzení potřebnosti“).
- (2) Předmětem posouzení potřebnosti je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování. Bez posouzení skutečností rozhodných pro uplynutí lhůty stanovené pro dobu uchování zdravotnické dokumentace a posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace nelze zdravotnickou dokumentaci zničit.

### § 15

- (1) Po posouzení potřebnosti vypracuje poskytovatel návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele a identifikační údaje zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.
- (2) K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace podepisuje zdravotnický pracovník, který návrh vypracoval.

### § 16

- (1) Příslušný archiv po posouzení seznamu zdravotnické dokumentace navržené k vyřazení, který podle zákona o zdravotních službách zasílá poskytovatel příslušnému archivu, a po provedení výběru archiválií předá poskytovateli protokol o provedeném výběru archiválií. Protokol o výběru archiválií obsahuje soupis zdravotnické dokumentace nebo jejích částí, které byly vybrány za archiválie. Poskytovatel předá příslušnému archivu do péče zdravotnickou dokumentaci v listinné podobě vybranou jako archiválie ve lhůtě, kterou archiv stanovil; jedná-li se o zdravotnickou dokumentaci v listinné podobě evidovanou v elektronické podobě, poskytovatel předá také metadata k ní náležející. V případě, že je jako archiválie vybrána zdravotnická dokumentace v elektronické podobě, poskytovatel předá příslušnému archivu její repliky a k nim náležející metadata. Pokud příslušný archiv nevybere jako archiválii žádnou zdravotnickou dokumentaci nebo žádnou její část, v protokolu o výběru archiválií uvede tuto skutečnost.
- (2) Příslušný archiv sepíše o předání zdravotnické dokumentace vybrané jako archiválie úřední záznam, jehož součástí je soupis předávané zdravotnické dokumentace; u každého dokumentu v elektronické podobě se uvede jeho identifikátor záznamu. Úřední záznam podle věty první obsahuje alespoň
  - a) identifikační údaje poskytovatele, u kterého byla odborná archivní prohlídka provedena,
  - b) název archivu, kterému bude zdravotnická dokumentace vybraná jako archiválie svěřena do péče, a adresu sídla archivu,
  - c) množství a popis stavu předávané zdravotnické dokumentace v listinné podobě vybrané jako archiválie a replik předávané zdravotnické dokumentace v elektronické podobě vybrané jako archiválie,

- d) datum předání,
- e) jméno, popřípadě jména, a příjmení a funkci fyzické osoby pověřené příslušným archívem k podpisu úředního záznamu a její podpis.

### § 17

- (1) Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení, která nebyla vybrána za archiválie, musí být zničena. Poskytovatel postupuje při zničení zdravotnické dokumentace tak, že zdravotnickou dokumentaci v listinné podobě znehodnotí do podoby znemožňující její rekonstrukci a identifikaci obsahu. V případě zdravotnické dokumentace v elektronické podobě poskytovatel provede její zničení smazáním z elektronického systému poskytovatele a dalších úložišť. Obdobně poskytovatel postupuje při zničení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, která byla vybrána jako archiválie a jejíž repliku předal do digitálního archivu.
- (2) Poskytovatel pořídí a uchovává záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis může obsahovat identifikační údaje pacienta. Záznam se uchovává po dobu 40 let.

### § 18

Správní orgán, který převzal podle zákona o zdravotních službách zdravotnickou dokumentaci, postupuje při vyřazování zdravotnické dokumentace, výběru archiválií a zničení zdravotnické dokumentace po uplynutí doby uchování podle § 15 až 17 obdobně.

### § 19

#### **Přechodné ustanovení**

Povinnost uvádět identifikátor pacienta nebo identifikátor zdravotnického pracovníka se do 31. prosince 2025 neuplatní.

### § 20

#### **Zrušovací ustanovení**

Zrušují se:

- 1. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- 2. Vyhláška č. 236/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- 3. Čl. II vyhlášky č. 364/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, způsobu jeho vyplňování a předávání místům určení, a o náležitostech hlášení ukončení těhotenství porodem mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte a hlášení o úmrtí matky (vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého), a vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 236/2013 Sb.
- 4. Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.
- 5. Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

## § 21

### Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2025.

Ministr:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

## Příloha č. 1

**Obsah jednotlivých částí zdravotnické dokumentace****1. Výpis ze zdravotnické dokumentace**

Výpis ze zdravotnické dokumentace obsahuje

- a) základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je výpis vydáván,
- b) informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
- c) diagnostický souhrn,
- d) stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
- e) další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

**2. Vyžádání dalších zdravotních služeb (žádanka)**

A. Vyžádání dalších zdravotních služeb obsahuje

- a) požadované zdravotní služby,
- b) zdůvodnění požadavku,
- c) naléhavost požadavku,
- d) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně těch výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření, které jsou podstatné pro poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb,
- e) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
- f) pracovní diagnózu,
- g) uvedení zásadních anamnestických údajů souvisejících s požadovanými zdravotními službami.

B. V případě vyžádání odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření, nebo v použití přístrojového vybavení, je-li to z odborného hlediska dostačující, žádanka obsahuje pouze informace podle části A písm. a).

C. Poskytovatel pracovnělékařských služeb uvede v žádosti o odborné vyšetření vedle informací o zjištěném zdravotním stavu vždy údaje o výskytu rizikových faktorů a zdravotní náročnosti práce a podmínkách, za kterých je posuzovaná činnost vykonávána.

### 3. Zpráva o poskytnutých zdravotních službách

A. Zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje

- a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
- b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ní,
- c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb, včetně doporučení v posudkové péči, to se netýká posuzování pro účely sociálního zabezpečení.

B. V případě jednorázového poskytnutí zdravotních služeb zpráva obsahuje údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření a doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb.

C. V případě vyžádaných odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření nebo v použití přístrojového vybavení, zpráva o poskytnutých zdravotních službách, je-li to z odborného hlediska dostačující, obsahuje informace pouze podle části A písm. a).

### 4. Informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče (propouštěcí zpráva)

A. Propouštěcí zpráva obsahuje

- a) stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
- b) dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
- c) souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- d) záznam o dosavadní léčbě a zprávy z provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
- e) přehled zdravotních výkonů provedených v průběhu hospitalizace, které jsou významné pro další poskytování zdravotních služeb, včetně jejich výsledků a informace o nastalých komplikacích,
- f) doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, záznam o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo dlouhodobém ošetrovném, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

B. Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje

- a) základní údaje o průběhu hospitalizace,
- b) souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- c) stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péči, dietním



režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,

d) doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb a záznam o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo dlouhodobém ošetřovném.

## 5. Lékařský posudek

Lékařský posudek obsahuje vždy

a) identifikační údaje

1. posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,

2. poskytovatele, který lékařský posudek vydal, a to jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby, adresa místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,

3. posuzujícího lékaře, a to jméno, popřípadě jména, a příjmení,

4. pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,

b) účel vydání posudku,

c) posudkový závěr,

d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání a o možnosti vzdání se práva na přezkoumání,

e) datum vydání posudku,

f) datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

## 6. Dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby

Dokumentaci poskytovatele zdravotnické záchranné služby tvoří soubor dokumentů a záznamů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní události, a to včetně zvukových nahrávek (záznamů) zdravotnického operačního střediska s časovými údaji.

A. Záznam operátora obsahuje

a) datum, čas a pořadové číslo tísňového volání,

b) identifikační údaje pacienta, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit, a údaje potřebné k určení místa zásahu,

c) telefonní číslo nebo jiný údaj o možnosti spojení na volajícího, pokud lze tyto údaje zjistit,

d) identifikační údaje operátora, který přijal tísňové volání,

e) čas předání tísňové výzvy k výjezdu výjezdové skupině zdravotnické záchranné služby,

f) indikace výjezdu.

Záznam operátora je veden v elektronické podobě a uchovává se na médiu s životností delší 5 let.

B. Záznam o výjezdu obsahuje

Kromě náležitostí uvedených v části A také

a) místo, odkud je výjezd realizován,

b) datum a čas výjezdu výjezdové skupiny, typ výjezdové skupiny,

c) datum a čas příjezdu výjezdové skupiny na místo události,

d) stručný popis klinického stavu a anamnestické údaje pacienta, jsou-li známy,

e) pracovní diagnózu pacienta,

f) popis poskytnuté přednemocniční neodkladné péče,

g) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího poskytovatele a zdravotnického pracovníka nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán poskytovateli,

h) jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli.

Záznam o výjezdu je předán cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi, v listinné podobě, nedohodnou-li se na předání v elektronické podobě, kopie záznamu je uchovávána v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby.

C. Identifikační a třídící karta obsahuje

a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene označujícího kraj a pořadové číslo karty),

b) stupeň naléhavosti ošetření pacienta,

c) čas vyřídění pacienta,

d) pracovní diagnózu,

e) čas předání pacienta odsunovému prostředku,

f) čas předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče,

g) druh transportu zdravotnické přepravy v návaznosti na složení výjezdové skupiny podle zákona o zdravotnické záchranné službě,

h) stav životních funkcí, zejména hodnocení stavu pacienta v kómatu (GCS), krevní tlak, pulsová a dechová frekvence a graficky znázorněná lokalizace poranění,

i) záznam léčby, zejména podané léčivé přípravky, použité zdravotnické prostředky, případně provedení dekontaminace,

j) stupeň naléhavosti odsunu.

D. Záznam o hromadném odsunu pacientů obsahuje

- a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene a pořadového čísla opsaná z identifikační a třídící karty),
- b) prioritu odsunu,
- c) čas předání pacienta odsunovému prostředku.

## 7. Pitevní protokol

A. Pitevní protokol obsahuje

- a) číslo pitevního protokolu,
- b) identifikační údaje zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 2 písm. b), jsou-li známy,
- c) místo, datum a čas úmrtí, jsou-li známy,
- d) jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnických pracovníků účastnících se pitvy,
- e) datum a čas zahájení pitvy,
- f) anamnestické údaje a informace o významných okolnostech souvisejících s úmrtím, jsou-li známy,
- g) klinickou diagnózu ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého,
- h) záznam o provedené pitvě členěný na
  - 1. zevní prohlídku s popisem těla zemřelého,
  - 2. vnitřní prohlídku s makroskopickým popisem nálezu jednotlivých orgánů tělních dutin,
  - 3. údaje o provedeném odběru biologického materiálu k dalším vyšetřením; písemný výsledek těchto vyšetření je nedílnou součástí protokolu,
- i) záznam o povinných hlášeních.

K pitevnímu protokolu se připojí kopie části A listu o prohlídce zemřelého, kopie příkazu k přepravě těla zemřelého z pitvy a originál průvodního listu k pitvě.

B. V případě patologicko-anatomické pitvy je dále obsahem pitevního protokolu pitevní diagnóza členěná na

- a) základní onemocnění,
- b) komplikace základního onemocnění,
- c) bezprostřední příčina smrti,
- d) vedlejší patologické nálezy.

C. V případě zdravotní pitvy jsou dále obsahem pitevního protokolu

a) pitevní diagnóza členěná na:

1. základní onemocnění nebo úraz,
2. bezprostřední příčina smrti,

b) identifikační údaje jiných osob přítomných pitvě, v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení; u jiných přítomných osob se také uvede pracovní nebo služební zařazení a důvod přítomnosti.

## 8. Průvodní list k pitvě

A. Průvodní list k pitvě obsahuje

a) identifikační údaje

1. poskytovatele, jehož lékař provedl prohlídku těla zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 2 písm. a),

2. lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis, v případě vedení v elektronické podobě také identifikátor lékaře,

3. zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, rodné číslo, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, jsou-li známy,

- b) datum a čas úmrtí, a to i odhad,
- c) datum a čas provedení prohlídky těla zemřelého,
- d) navrhovaný druh pitvy, která má být provedena.

B. Průvodní list k patologicko–anatomické pitvě dále obsahuje

a) klinickou diagnózu, a to

1. základní onemocnění,
2. bezprostřední příčinu smrti,
3. komplikace,

b) anamnestické údaje, zejména informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,

c) stručný popis průběhu onemocnění, které bylo příčinou smrti,

d) popis léčby (například ozařování, léčba antibiotiky a jakými, aplikace radioizotopů),

e) návrhy na zvláštní zjištění při provádění pitvy, je-li to k objasnění příčiny úmrtí nebo ověření léčebných postupů žádoucí.

C. Průvodní list k patologicko-anatomické pitvě dětí dále obsahuje

a) údaje podle části B,

b) zaměstnání nebo povolání rodičů, popřípadě profesi, jsou-li známy,

## c) anamnestické údaje, zejména

1. porodní hmotnost,
2. porod spontánní nebo operativní,
3. křížení po porodu,
4. údaj o vícečetném těhotenství,
5. výživa novorozence (kojení, umělá výživa),
6. informace o počtu, věku a zdravotním stavu sourozenců,
7. informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,
8. údaje o provedeném očkování.

## D. Průvodní list ke zdravotní pitvě dále obsahuje

a) místo nálezu těla a jeho popis, včetně údajů o nálezech v okolí těla (například léčivé přípravky, lékovky, zdravotnické prostředky, tekutiny, elektrické nebo plynové spotřebiče, zvířata),

b) údaje o vnějších faktorech majících vliv na tělo (například teplota prostředí, vítr, vlhkost, přímý svit slunce, požár),

c) popis polohy těla před zásahem zdravotnické záchranné služby,

d) údaje o oblečení (například ponecháno v původním stavu, rozstříženo – kde, odstraněno a pokud ano, které součásti),

e) popis posmrtných změn, a to

1. skvrny; uvede se, na které části těla a jaké (vytlačitelné, jak),
2. ztuhlost; uvede se, zda nastala na celém těle nebo na které části těla, její síla,
3. rektální teplota, byla-li zjištěna,
4. hnilobné změny; uvede se, zda jsou nepřítomné, počínající nebo pokročilé, přítomnost hmyzu (jakého), velikost larev,

f) nemoci, jsou-li známy,

g) popis potíží před úmrtím, pokud jsou známy, popřípadě údaj o náhlém úmrtí,

h) popis případných známek zevního násilí,

i) údaj o provádění resuscitace (laická, rozšířená),

j) údaj o invazivním zásahu při poskytování přednemocniční neodkladné péče (například kanylace žíly, drenáž hrudníku),

k) záznam o oznámení nálezu těla Policii České republiky podle záznamu operátora,

l) záznam subjektu, který se na místo nálezu těla dostavil jako první, a to

1. výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby,

2. Policie České republiky,

3. Hasičský záchranný sbor České republiky, nebo

4. jiné osoby; v takovém případě se zaznamenají jejich identifikační údaje, pokud jsou známy, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, popřípadě také jejich vztah k zemřelé osobě, a kontaktní údaje.

## Příloha č. 2

**Obsah a struktura patientského souhrnu****A. Identifikační a kontaktní údaje pacienta**

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta,
- b) rodné číslo, je-li přiděleno,
- c) číslo a druh identifikačního dokladu,
- d) datum narození,
- e) pohlaví určené po narození,
- f) státní občanství,
- g) adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky,
- h) adresa pro doručování, není-li totožná s adresou podle písmene g),
- i) telefonní číslo, adresa elektronické pošty,
- j) jazyk nebo jazyky, v nichž pacient komunikuje,
- k) identifikátor pacienta

**B. Identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie**

- a) obchodní firma nebo název registrujícího poskytovatele, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
- b) telefonní číslo, adresa elektronické pošty.

**C. Identifikační a kontaktní údaje zákonných zástupců nebo opatrovníků anebo kontaktních osob podle § 33 zákona o zdravotních službách**

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby,
- b) vztah k pacientovi,
- c) telefonní číslo, adresa elektronické pošty.

**D. Informace o zdravotním pojištění**

Kód zdravotní pojišťovny a číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo.

**E. Urgentní informace**

## a) alergie

1. slovní popis,
2. strukturovaný kódovaný popis, a to
  - 2.1. datum zjištění,
  - 2.2. typ agens,
  - 2.3. druh agens,
  - 2.4. projev alergické reakce,
  - 2.5. stupeň závažnosti,

## b) ostatní rizikové faktory

1. slovní popis,
2. strukturovaný a kódovaný popis, a to
  - 2.1. datum zjištění,
  - 2.2. typ rizikového faktoru,
  - 2.3. stupeň závažnosti.

**F. Souhrnná anamnéza**

## a) slovní popis obsahující informace o

1. provedených očkováních,
2. minulých zdravotních problémech a diagnózách,
3. významných chirurgických výkonech se vztahem k minulým zdravotním problémům a diagnózám,

## b) strukturovaný kódovaný popis obsahující informace o

1. očkování, a to
  - 1.1. název očkovací látky,
  - 1.2. kód látky,
  - 1.3. datum očkování,
2. minulých zdravotních problémech a diagnózách, a to
  - 2.1. datum nebo jiné časové určení vzniku,
  - 2.2. datum nebo jiné časové určení ukončení,
  - 2.3. kód zdravotního problému nebo diagnózy,
3. provedených významných chirurgických výkonech, a to
  - 3.1. kód výkonu,



3.2. datum provedení,

3.3. počet provedení.

### **G. Současné zdravotní problémy a diagnózy a související údaje**

a) současné zdravotní problémy a diagnózy

1. datum nebo jiné časové určení vzniku,
2. datum nebo jiné časové určení ukončení,
3. popis zdravotního problému nebo diagnózy volným textem,
4. kód zdravotního problému nebo diagnózy,

b) významné chirurgické výkony se vztahem k současným zdravotním problémům a diagnózám

1. popis chirurgického výkonu volným textem,
2. kód výkonu,
3. datum provedení,
4. počet provedení,

c) zdravotnické prostředky, na kterých závisí nebo může záviset pacientův zdravotní stav:

1. název zdravotnického prostředku a další informace popisující zdravotnický prostředek,
2. datum implantace nebo počátku používání,
3. kód zdravotnického prostředku podle evropské specifikace a primární identifikátor modelu zdravotnického prostředku (UDI-DI), byl-li přidělen,

d) léčebná doporučení, která nezahrnují medikamentózní léčbu, datum záznamu, doporučení volným textem,

e) slovní popis soběstačnosti nebo invalidity pacienta, její stupeň a datum vzniku.

### **H. Užívané léky**

a) název a kód léku,

b) síla, forma, způsob podání, a to kódem,

c) množství/dávka, dávkování,

d) počátek a doba podávání nebo datum ukončení podávání,

e) příslušná diagnóza v souvislosti s předepsaným léčivým přípravkem, včetně kódu diagnózy.

### **I. Faktory životního stylu**

a) slovní popis faktoru,

b) kód faktoru,

c) datum nebo jiné časové působení určení začátku působení faktoru,

d) množství nebo měrná jednotka.

**J. Těhotenství**

Kód způsobu stanovení těhotenství a předpokládaný termín porodu.

**K. Fyzikální nález**

- a) krevní tlak systolický a diastolický, tepová frekvence a datum jejich měření,
- b) výška a hmotnost, a to hodnota, jednotka a datum měření.

**L. Diagnostické testy**

Krevní skupina a Rh faktor textem a kódem, datum stanovení.

**M. Doprovodné údaje**

- a) datum vytvoření patientského souhrnu,
- b) datum poslední aktualizace patientského souhrnu,
- c) identifikační údaje poskytovatele, který patientský souhrn vytvořil, a to obchodní firma nebo název, adresa sídla nebo adresa místa podnikání, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, případně další identifikátory poskytovatele,
- d) jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který patientský souhrn vypracoval; pokud jde o patientský souhrn doplňovaný průběžně více lékaři nebo vzniklý agregací dat, tato položka se neuvádí.

**N. Laboratorní výsledky**

- a) Laboratorní výsledky za poslední 2 roky, zahrnující
  1. biochemické vyšetření,
  2. hematologické vyšetření,
  3. mikrobiologické vyšetření,
  4. imunologické vyšetření,
  5. molekulárně-genetické vyšetření,
  6. endokrinologické vyšetření,
  7. toxikologické vyšetření,
  8. výsledky zobrazovacích metod, pokud jsou relevantní pro diagnostiku,
  9. výsledky dalších specifických laboratorních testů podle klinické potřeby.
- b) Datum provedení každého laboratorního testu.

Poznámka k příloze č. 2 této vyhlášky

Poskytovatel v patientském souhrnu uvede v případech, kdy nemá k dispozici některý z údajů, které se v něm zaznamenávají, že tento údaj mu není znám.

## Příloha č. 3

**Doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejích částí**

## Společná ustanovení

A. Je-li v této příloze uvedeno u jednoho druhu zdravotnické dokumentace vícero událostí rozhodných pro počítání běhu doby uchování zdravotnické dokumentace, použije se pro počátek běhu této doby událost, která nastane nejdříve, pokud je poskytovateli známa.

B. Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let, pokud není dále stanoveno jinak.

C. V případě, že se doba uchování počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel nezná datum úmrtí pacienta, považuje se za den úmrtí pacienta den, ve kterém pacient dosáhl 100 let věku, nebo od posledního záznamu ve zdravotnické dokumentaci uplynulo 5 let podle toho, co nastane později.

## 1. Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem

a) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství,

b) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta nebo 10 let od dosažení 19 let věku pacienta, v případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie,

c) 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví.

## 2. Ostatní ambulantní péče 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi.

## 3. Dispenzární péče

a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 10 let od úmrtí dialyzovaného pacienta,

c) 10 let od úmrtí pacienta, který je podle jiného právního předpisu<sup>18)</sup> nosičem infekčního onemocnění.

4. Ambulantní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování 10 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě pacienta s nařízeným ochranným léčením v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování 30 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb.

## 5. Lůžková péče

a) 40 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě následné a dlouhodobé lůžkové péče.

6. Jednodenní péče 10 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta.

7. Lázeňská léčebně rehabilitační péče 5 let od ukončení lázeňské léčebně rehabilitační péče.

8. Pracovnílékařské služby

a) 10 let od úmrtí pacienta s uznanou nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak,

b) 15 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud dále není stanoveno jinak,

c) 10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zákona o ochraně veřejného zdraví do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnílékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,

d) 15 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, není-li dále stanoveno jinak, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnílékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,

e) 40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu jiného právního předpisu<sup>19)</sup>, pokud to jiný právní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnílékařských služeb, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

f) u zaměstnance kategorie A<sup>20)</sup> do doby, kdy zaměstnanec dosáhl nebo by dosáhl věku 75 let, vždy však nejméně 30 let od ukončení pracovní činnosti v kategorii A,

g) 30 let od vzniku pracovního úrazu spojeného s hospitalizací přesahující 5 kalendářních dnů nebo 10 let po úmrtí osoby, která utrpěla takový úraz; 10 let od vzniku ostatních pracovních úrazů.

Písmena a), b) a g) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, poskytovatelem pracovnílékařských služeb a poskytovatelem příslušným k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmena c) až f) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou poskytovatelem pracovnílékařských služeb.

9. Zdravotnická záchranná služba

a) záznam podle § 4 odst. 2 písm. a) 2 roky od příjmu tísňového volání, pokud nedošlo k výjezdu výjezdové skupiny,

b) záznam podle § 4 odst. 2 písm. a) až e) 10 let od posledního záznamu, pokud došlo k výjezdu výjezdové skupiny.

#### 10. Patologická anatomie a soudní lékařství

- a) kopie části A listu o prohlídce zemřelého nebo pokud není pitva provedena, 10 let od úmrtí,
- b) pitevní protokol včetně kopie části A listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 40 let ode dne jejich vystavení,
- c) žádanky o bioptické nebo cytologické vyšetření 5 let od provedení vyšetření.

11. Záznam o provedení zdravotního výkonu léčebné nebo paliativní péče, jehož součástí je lékařské ozáření, s výjimkou intervenčních nebo zobrazovacích metod podle bodu 12, ozařovací protokol a ozařovací plán

- a) 100 let od provedení posledního výkonu s využitím lékařského ozáření jde-li o provádění výkonů v oboru radiační onkologie,
- b) 40 let od provedení posledního výkonu s využitím lékařského ozáření, jde-li o provádění výkonů v oboru nukleární medicíny, nebo
- c) 10 let od úmrtí pacienta.

#### 12. Zobrazovací metody

a) grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 10 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb, nebo s ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle jiného právního předpisu<sup>17)</sup>, pro jejichž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,

b) informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 5 let po předání informace poskytovateli, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal,

c) grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 1 rok od obdržení záznamu v případě poskytovatele, který záznam nepořídil, ale pouze obdržel za účelem zajištění návaznosti zdravotních služeb,

d) grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 30 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb u pacienta v dispenzární nebo obdobné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

e) veličiny a parametry umožňující stanovení dávky z lékařského ozáření 10 let od provedení lékařského ozáření.

Na grafické nebo audiovizuální záznamy nebo jiné obrazové záznamy pořízené nebo vyžádané ambulantním poskytovatelem zdravotních služeb v oboru zubní lékařství se tento bod nevztahuje.

13. Ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, klinické zkoušky zdravotnických prostředků, klinické hodnocení humánních léčivých přípravků, studie funkční způsobilosti diagnostických zdravotnických prostředků in vitro

a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků,

b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže byly při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozáření, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozáření,

c) nejméně 10 let po ukončení klinické zkoušky s daným zdravotnickým prostředkem nebo, pokud je prostředek následně uveden na trh, po dobu nejméně 10 let poté, co byl poslední prostředek uveden na trh; v případě implantabilních zdravotnických prostředků činí tato doba 15 let,

d) nejméně 10 let po ukončení studie funkční způsobilosti diagnostického zdravotnického prostředku in vitro nebo, pokud je tento prostředek uveden na trh, po dobu nejméně 10 let poté, co byl prostředek uveden na trh,

e) nejméně 25 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčivého přípravku.

14. Lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy – nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená jiným právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými látkami<sup>21)</sup>.

15. Zprávy z laboratorních a dalších pomocných vyšetření 5 let od provedení vyšetření.

16. Žádanka

a) 3 roky od provedení vyšetření; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu,

b) 5 let od provedení vyšetření v případě karty pro novorozenecký screening,

c) 5 let od provedení vyšetření zobrazovací metodou využívající ionizující záření, s výjimkou provedení tohoto vyšetření poskytovatelem ambulantní péče v oboru zubní lékařství; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu.

17. Záznam o podání transfuzního přípravku 30 let od podání transfuzního přípravku nebo 10 let od úmrtí pacienta.

18. Záznam o podání léčivého přípravku pro moderní terapii, o dárcovství tkání a buněk pro použití u člověka a o použití tkání nebo buněk u člověka 30 let od podání léčivého přípravku pro moderní terapii, od odběru tkání a buněk pro použití u člověka a od použití tkání nebo buněk u člověka nebo 10 let od úmrtí pacienta.

19. Zdravotnická dokumentace převzatá příslušným správním orgánem

a) 10 let od převzetí zdravotnické dokumentace převzaté od registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie,

b) 2 roky od převzetí zdravotnické dokumentace od registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství,

c) 5 let od převzetí zdravotnické dokumentace v ostatních případech.

20. Zdravotnická dokumentace o osobách ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence vedená Vězeňskou službou České republiky 40 let od data propuštění pacienta z výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence nebo 10 let od úmrtí pacienta.

- 
- 1) § 19 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
  - 2) § 26 odst. 2 zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.
  - 3) Například zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.
  - 4) Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.  
Zákon č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, ve znění pozdějších předpisů.
  - 5) Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), ve znění pozdějších předpisů.
  - 6) Například zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
  - 7) § 38 odst. 1 a 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
  - 8) § 38 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb.
  - 9) § 40 odst. 2 ve spojení s § 34 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.
  - 10) § 39 zákona č. 372/2011 Sb.
  - 11) § 39 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb.
  - 12) § 16 odst. 2 písm. b) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.
  - 13) § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
  - 14) Zákon č. 258/2000 Sb.
  - 15) Například zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., zákon č. 359/1999 Sb., zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
  - 16) Vyhláška č. 422/2016 Sb., o radiační ochraně a zabezpečení radionuklidového zdroje.
  - 17) Zákon č. 373/2011 Sb.
  - 18) § 53 zákona č. 258/2000 Sb.
  - 19) § 40 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb.
  - 20) Vyhláška č. 422/2016 Sb.
  - 21) § 33 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

ISSN 3029-5092

---

Vydavatel: Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, poštovní schránka 21, 170 34 Praha 7 • **Redakce Sbírky zákonů a mezinárodních smluv:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, poštovní schránka 155/SB, 140 21, Praha 4, telefon: 974 817 289, e-mail: sbirka@mvcz.cz • Sazba: Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 1159/4, poštovní schránka 10, 149 00 Praha 11-Chodov • **Právně závazná elektronická verze Sbírky zákonů a mezinárodních smluv je k dispozici na [www.e-sbirka.cz](http://www.e-sbirka.cz)** • Tištěnou verzi částky Sbírky zákonů a mezinárodních smluv lze objednat u Tiskárny Ministerstva vnitra, telefon: 974 887 312, e-mail: info@tmv.cz, [www.tmv.cz](http://www.tmv.cz) • Předplatné je od 1. 1. 2024 ukončeno.