

# Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

Zrušena dokumentace ošetrovatelské péče • Zkráceny některé lhůty, po které je třeba zdravotnickou dokumentaci uchovávat

**Dne 27. června 2018 byla vydána vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V rámci připomínkového řízení se Česká lékařská komora k návrhu této vyhlášky vyjadřovala s tím, že podpořila zejména záměr zrušit ošetrovatelskou dokumentaci a zkrátit některé skartační lhůty.**



V tomto článku nelze poukázat na všechny změny, které novela vyhlášky, která je poměrně rozsáhlá, přinesla, ale poukazujeme zejména na ty, jež považujeme za nejvýznamnější. Jde však o jednu ze stěžejních vyhlášek Ministerstva zdravotnictví a lze doporučit, aby její aktuální znění měl každý poskytovatel zdravotních služeb a vedoucí zdravotnický pracovník, například ředitel, primář nebo vrchní sestra, k dispozici v platném znění. Platný text lze nalézt na webových stránkách České lékařské komory [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz) v rubrice „Knihovna zdravotnické legislativy“. V tomto textu je již zapracována novela č. 137/2018 Sb., takže je zde obsažena platná vyhláška o zdravotnické dokumentaci po provedené novele.

## Identifikační a další údaje o pacientovi

Pokud jde o údaje o pacientovi, kromě jeho trvalého bydliště, které nemusí být shodné

s místem, kde se pacient fakticky zdržuje, má být uvedeno místo, kde se pacient skutečně zdržuje, je-li odlišné od jeho trvalého bydliště. Pokud pacient je ochoten uvést na sebe telefonické a e-mailové spojení, je třeba jej rovněž uvést. To však nelze od pacienta vynucovat. Údaj o trvalém a faktickém bydlišti je však povinný.

V případě lůžkové a jednodenní péče má být uvedeno datum a čas přijetí pacienta do této péče. Pokud by šlo o pacienta, který není schopen se sám o sebe postarat, k zajištění další péče o něho je třeba zjistit způsob, jak má být vyrozuměna osoba, která tuto další péči zajistí.

Vždy má být uvedeno datum a čas, kdy byl pacient přeložen na jiné oddělení zdravotnického zařízení nebo k jinému poskytovateli zdravotních služeb, stejně jako datum a čas propuštění pacienta nebo jeho úmrtí. Pokud pacient používá zdravotnické prostředky nebo pomůcky, je třeba uvést, jaké prostředky a pomůcky používá, případně jaké si sám přinesl do zdravotnického zařízení z domova.

Jde-li o pacienta hluchého, slepého či jinak postiženého, jenž vyžaduje zvláštní způsob komunikace, je třeba uvést způsob komunikace s pacientem, který on sám preferuje a kterým se s ním lze domluvit. Není-li pacient plně svéprávný, má mít uveden kontakt na svého zákonného zástupce nebo opatrovníka.

K tomu je třeba poznamenat, že ze zákona vyplývá rovněž potřeba při přijetí pacienta, pokud je možno se s ním domluvit a je schopen k platnému právnímu jednání, zjistit a zaznamenat (doporučují nechat i pacientovi podepsat, byť to není právním předpisem stanoveno) údaje o osobách, které pacient považuje za osoby sobě blízké a které jsou oprávněny:

a) získávat informace o zdravotním stavu pacienta (případně údaje o tom, že žádné osoby nemají právo na informace o zdravotním stavu pacienta, pokud se tak pacient rozhodne);

b) nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta a pořizovat si z ní kopie, popřípadě rozhodnutí pacienta o tom, že žádné osoby nemají toto právo, a to ani v případě jeho úmrtí;

c) udělovat za pacienta tzv. zástupný souhlas – tedy souhlas s provedením určitých zákroků či zdravotních výkonů pro případ, že by se pacient ocitl v situaci, kdy nebude schopen sám udělovat informovaný souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pokud pacient rozhodne, že si nepřeje, aby kdokoli jiný za něho uděloval zástupný souhlas, je třeba i tuto skutečnost do zdravotnické dokumentace zaznamenat. Tyto údaje pak mohou velmi ulehčit práci zdravotnickým pracovníkům za situace, kdy se někdo domáhá informací o pacientovi nebo nahlédnutí do zdravotnické dokumentace s tvrzením, že je osobou pacientovi blízkou, což se těžko ověřuje. Pokud pacient nebyl při přijetí do zdravotnického zařízení nebo do péče poskytovatele zdravotních služeb s ohledem na svůj zdravotní stav způsobilý určit osoby, které mají shora uvedená oprávnění, nezbyvá než se zabývat otázkou, kdo je, případně kdo není osobou pacientovi blízkou. Mnohem jednodušší pro každého zdravotnického pracovníka však je, když pacient, který byl při přijetí do zdravotnického zařízení při vědomí, určí tyto osoby a posléze, pokud se někdo domáhá informací, nahlížení do dokumentace nebo udělování zástupného souhlasu, lze snadno ověřit, zda je k tomu podle rozhodnutí pacienta oprávněn, či nikoli.

## Záznam o použití omezovacích prostředků

Kromě dosud stanovených údajů má údaj o použití omezovacích prostředků obsahovat také zdůvodnění, proč nepostačoval v daném případě mírnější postup než právě použití omezovacích prostředků. Pokud při použití

omezovacích prostředků došlo ke komplikacím, má být uvedeno nejen k jakým komplikacím došlo, ale také způsob jejich řešení.

### Epikríza a plán dalšího léčebného postupu

V případě lůžkové péče bylo dosud stanoveno, že epikríza a plán dalšího léčebného postupu se uvedou, pokud hospitalizace trvá alespoň sedm dnů. Vyhláška nerozlišovala, zda jde o akutní nebo následnou dlouhodobou lůžkovou péči. Nově je stanoveno, že souhrn informací o zdravotním stavu pacienta (epikríza) a plán dalšího léčebného postupu se do zdravotnické dokumentace zaznamenávají alespoň jednou za sedm dnů (podle potřeby i častěji), v případě dlouhodobé lůžkové péče alespoň jednou za měsíc. Znamená to, že v případě akutní péče, která trvá déle než sedm dnů, je třeba zaznamenat epikrízu a plán dalšího postupu a každých sedm dnů epikrízu a plán dalšího léčebného postupu upřesňovat, případně poznamenat, že stav zůstává nadále stejný, včetně plánu léčebného postupu. V případě dlouhodobé lůžkové péče, zpravidla péče následné, postačí uvádět ve zdravotnické dokumentaci tento údaj alespoň jedenkrát za měsíc.

### Identifikace poskytovatele zdravotních služeb a podpis zdravotníka

Identifikace poskytovatele má být uvedena na každém listu zdravotnické dokumentace. Je-li poskytovatelem zdravotních služeb fyzická osoba, pak postačí uvést jméno, příjmení a IČ. Pokud je poskytovatelem právnická osoba, je třeba uvést obchodní firmu nebo název poskytovatele a rovněž IČ.

Je-li zřejmé, že zápisy do zdravotnické dokumentace provádí jeden zdravotnický pracovník (zpravidla v případě hospitalizace nebo jednodenní péče), nemusí podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny stejný zdravotnický pracovník opakovaně, ale postačí, podepíše-li tento zdravotnický pracovník poslední zápis provedený v průběhu dne nebo směny.

### Převádění listinné zdravotnické dokumentace do elektronické podoby

Vyhláška sice stanoví obecná pravidla, za jakých lze převedení provést, ale je nutno vzít na zřetel, že nadále platí ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění, které stanoví poměrně přísné a taxativní podmínky, za nichž lze vést zdravotnickou dokumentaci pouze v elek-

tronické podobě. Tato pravidla stanovená zákonem samozřejmě vyhláška nijak „neruší“ a ani rušit nemůže. Převod zdravotnické dokumentace z listinné do elektronické podoby je tedy možný jen při splnění podmínek stanovených jak v ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tak v ustanovení § 6 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění novely provedené vyhláškou č. 137/2018 Sb. Poskytovatel zdravotních služeb, který by se rozhodl převést listinnou zdravotnickou dokumentaci do elektronické podoby a nadále ji uchovávat pouze v elektronické podobě, si musí proto (například v knihovně zdravotnické legislativy na webových stránkách České lékařské komory) prostudovat jak ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., které je poměrně rozsáhlé a stanoví řadu podmínek, tak ustanovení § 6 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění novely provedené vyhláškou č. 137/2018 Sb., a podle těchto dvou předpisů musí postupovat.

### K příloze č. 1 – Zrušení části 5–8 a části 11 – ošetrovatelské dokumentace

Vyhláška ruší povinné náležitosti dosavadní části 5, kde bylo uvedeno, co přesně musí obsahovat písemný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotní výkon), tedy povinné náležitosti písemného informovaného souhlasu pacienta, dále část 6 „Záznam o odmítnutí zdravotních služeb – revers“, kde bylo přesně uvedeno, co musí obsahovat každý revers pacienta, tedy informovaný nesouhlas k poskytnutí zdravotních služeb, část 7 „Záznam o dříve vysloveném přání“, kde bylo uvedeno, jaké náležitosti má mít tento záznam, a část 8 „Záznam o souhlasu s poskytováním informací“. Zrušení těchto částí přílohy vyhlášky o zdravotnické dokumentaci však nemá praktický význam, leda snad ten, že struktura těchto dokumentů nemusí již přesně odpovídat struktuře stanovené dosavadními přílohami vyhlášky. Nadále však samozřejmě platí ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách, týkající se informovaného souhlasu a informací, které

musí pacient obdržet a které stanoví zákon (již je tedy duplicitně nestanoví vyhláška), stejně jako platí ustanovení § 34 odst. 5 o informovaném nesouhlasu pacienta a reversu včetně jeho náležitostí a povinné písemné formy. Nemění se nic ani na pravidlech dříve vysloveného přání stanoveného § 36 zákona o zdravotních službách, ani ustanovení § 33 zákona o zdravotních službách o právu pacienta určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu i právu dát zákaz podávání informací. Někteří zdravotníci si novelu vyhlášky paradoxně vyložili tak, že se ruší informovaný souhlas, informovaný nesouhlas – revers, dříve vyslovené přání a právo pacienta určit, kdo má být informován o jeho zdravotním stavu. To je samozřejmě nesmysl – tyto instituty stanovené zákonem nadále platí (vyhláška samozřejmě nemůže zrušit zákon), jen při dokumentaci stačí dodržet pravidla daná zákonem a již není dána přesná struktura záznamu o nich tak, jak je dosud stanovila vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Bez dalšího je však zrušena „Dokumentace ošetrovatelské péče“, takže nadále nemá být tato dokumentace vedena, protože ani zákon, ani jiný právní předpis toto již nestanoví. Za této situace se, podle našeho právního názoru, uplatní nařízení Evropské unie o ochraně osobních údajů (EU) 2016/679 (tzv. GDPR), kdy není možné bez souhlasu subjektu údajů zpracovávat o pacientovi jiné údaje, než které výslovně stanoví právní předpis. Ošetrovatelskou dokumentaci tedy nadále, podle našeho názoru, vést nelze, protože by to porušovalo právo na ochranu osobních údajů za situace, kdy to již právní předpis poskytovateli zdravotních služeb neukládá. Na druhé straně však jak



LÁZNĚ TŘEBOŇ

Slatinné lázně Třeboň s. r. o.  
hledají do svých řad

LÉKAŘE

#### Požadujeme:

- Specializovanou způsobilost v oboru RFM, nebo neurologie, nebo revmatologie.
- Základní znalost německého jazyka.

#### Nabízíme:

- Práci v lázeňském komplexu, v příjemné lokalitě zdravotního prostředí.
- Mzdu dle dohody dle kvalifikace a úvazku až do výše 82 000 Kč měsíčně.
- Odměnu za pracovní pohotovost na telefonu (16.00–7.00).
- Odměnu po odpracování kalendářního roku ve výši základní měsíční mzdy.
- Odměny dle výkonů a ujednání se zástupci zaměstnavatele.
- Pro lékaře s bydlištěm mimo Třeboň ubytování, pro dojíždějící příspěvek na dopravu.
- 5 týdnů dovolené, 4 dny zdravotního volna, zaměstnanecké výhody, mobilní telefon.

Přijďte pracovat k nám. ☎ 384 750 842, ✉ [personalista@laznetrebon.cz](mailto:personalista@laznetrebon.cz)

zdravotní sestry, tak další nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči mohou (v některých případech dokonce musí) důležité údaje o pacientovi zapsat do běžné jednotné zdravotnické dokumentace. Zrušení dokumentace ošetrovatelské péče považujeme za důležitý a pozitivní krok, protože jednak zbytečně zatěžoval zejména všeobecné sestry, případně porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči vyplňováním poměrně náročné písemné dokumentace, takže paradoxně bylo důležitější, aby vše bylo zapsáno, než aby vše bylo opravdu pacientovi poskytnuto, a často zdravotní sestry neměly čas poskytovat péči pacientovi podle pokynu lékaře, protože musely psát a psát. Kromě toho duplicitní vedení samostatné lékařské dokumentace a samostatné dokumentace ošetrovatelské péče někdy vedlo i k právním problémům, když ošetrovatelské záznamy byly v rozporu s lékařskými záznamy. Tento stav by měl být překonán přijetím uvedené novely, což je třeba přivítat.

### Zničení vyřazené zdravotnické dokumentace

Příloha vyhlášky č. 137/2018 Sb., číslo 2 v článku 6 stanoví, že zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena tak, aby byla znemožněna její rekonstrukce nebo identifikace jejího obsahu. Jakým způsobem tak má být provedeno, vyhláška blíže neurčuje a je na samotném poskytovateli, aby se rozhodl o způsobu zničení při splnění této podmínky. Každý poskytovatel je však povinen pořídit a trvale uchovávat písemný záznam, který bude obsahovat soupis zničené

zdravotnické dokumentace spolu s informací, kdy, jak a kým byla zničena. Tento soupis bude obsahovat pouze identifikační údaje pacientů, jejichž zdravotnická dokumentace byla zničena.

### Změna skartačních lhůt u některých zdravotních služeb

Vyhláška především upouští od komisionálního vyřazování zdravotnické dokumentace s tím, že vyřazování zdravotnické dokumentace provádí buď poskytovatel sám, nebo jím určený zdravotnický pracovník. Komise provádějící toto vyřazování tedy již ustavovány nebudou a postačí, pokud tuto činnost provede zdravotnický pracovník určený poskytovatelem nebo sám poskytovatel. Vyhláška stanoví pravidlo, že v případě, že se doba uchovávání počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel zdravotních služeb nezná datum úmrtí pacienta, považuje se za den úmrtí pacienta den, ve kterém pacient dosáhl sto let věku nebo kdy od posledního záznamu ve zdravotnické dokumentaci uplynulo pět let, podle toho, co nastane později.

Zdravotnický pracovník určený poskytovatelem zdravotní služby nebo sám poskytovatel při rozhodování o vyřazení zdravotnické dokumentace rozhodne, zda je možno po uplynutí tzv. skartační lhůty, kdy je nutno uchovat zdravotnickou dokumentaci a archivovat ji u poskytovatele, celou zdravotnickou dokumentaci zničit, nebo zda je třeba tuto dokumentaci ještě z nějakých důvodů, například forenzních, uchovat, popřípadě je třeba uchovat část zdravotnické dokumentace a část lze zničit. V naprosté většině případů bude patrně rozhodovat o tom, že zdravotnic-

kou dokumentaci lze po uplynutí stanovené lhůty zničit, a v takovém případě je označena písmenem „S“. Pokud by se rozhodl, že je třeba i po uplynutí skartační lhůty zdravotnickou dokumentaci nebo její část z nějakých důvodů uchovat, rozhodne, jak dlouho bude nadále uchovávána, a označí ji písmenem „V“.

Změn skartačních lhůt, po kterých je třeba zdravotnickou dokumentaci uchovávat, než bude přistoupeno k jejímu zničení, je více a lze je nalézt v bodech 60–77 vyhlášky č. 137/2018 Sb. – zde uvádíme jenom některé.

U registrujícího všeobecného praktického lékaře i u registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost se zdravotnická dokumentace nadále uchovává deset let. U všeobecného praktického lékaře pro dospělé je to lhůta počítaná buď od změny poskytovatele, nebo od úmrtí pacienta. V případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost je to deset let od dosažení devatenáctého roku věku pacienta. U registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství a oboru gynekologie a porodnictví pět let po posledním poskytnutí zdravotních služeb (jde o změnu, protože dosud zde platila skartační lhůta deset let).

V případě jednodenní péče o pacienta se zdravotnická dokumentace musí uchovávat nejméně deset let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo deset let od úmrtí pacienta (dosud platila lhůta patnáct let).

V případě lůžkové péče platí nadále lhůta čtyřicet let od poslední hospitalizace nebo deset let od úmrtí pacienta, ale v případě, že jde o následnou a dlouhodobou lůžkovou péči, pak nově pouze dvacet let od poslední hospitalizace nebo deset let od úmrtí pacienta.

V případě lázeňské a rehabilitační péče je nově stanovena lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace pět let od ukončení lázeňské léčebné rehabilitační péče (dosud platila lhůta deset let).

### Pozor na pečlivé vedení zdravotnické dokumentace – jde o zásadní důkaz

V případě trestního oznámení, žaloby nebo stížnosti je zdravotnická dokumentace pacienta, směřuje-li trestní oznámení, žaloba nebo stížnost proti způsobu poskytování zdravotních služeb nebo je-li tvrzeno, že zdravotní služby nebyly poskytnuty lege artis – na náležité odborné úrovni, základním důkazem. Od mnohých znalců z oboru medicíny jsem vícekrát slyšel, že „co není zapsáno, nebylo provedeno“. Vím, že v praxi tomu ne vždy tak je a že nelze zapsat do zdravotnické dokumentace každý úkon, který provede lékař

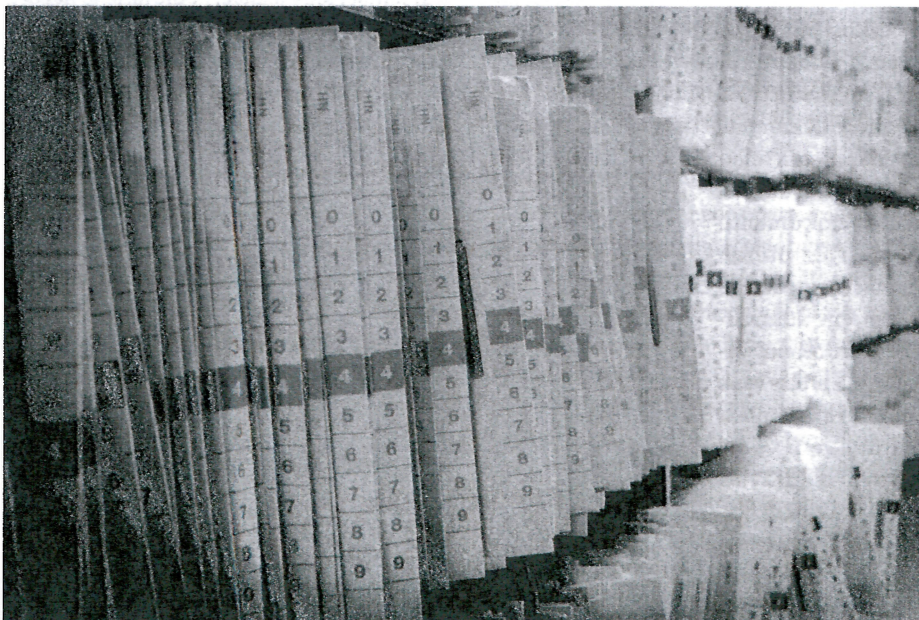


Foto: Shutterstock.com

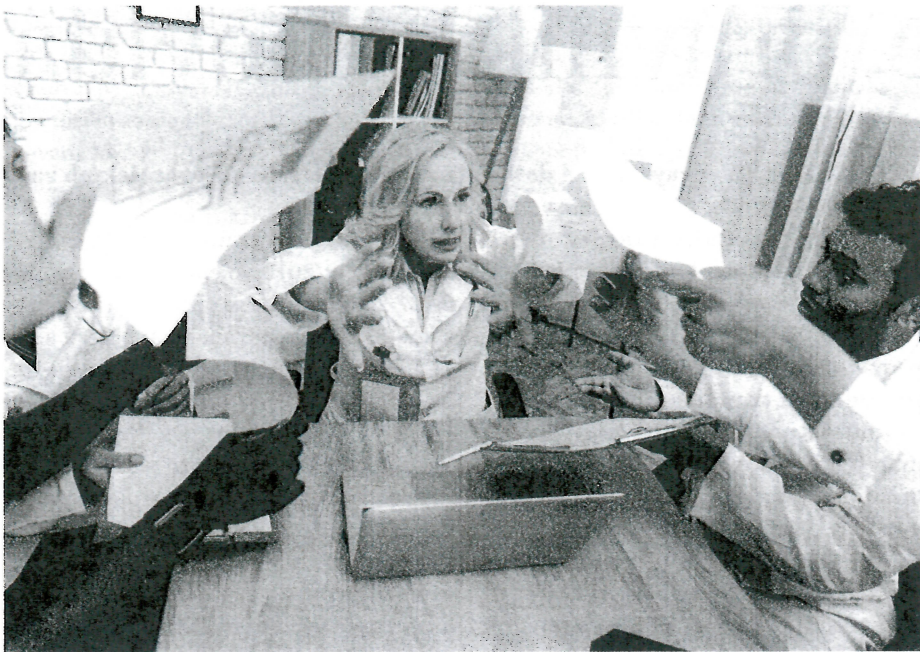


Foto: Shutterstock.com

nebo zdravotní sestra. Důležité úkony je však třeba vždy zaznamenat. Samozřejmě není již třeba zaznamenávat úkony, které dosud byly povinně zaznamenávány do dokumentace ošetrovatelské péče a nesmírně administrativně zatěžovaly zdravotní sestry. Avšak i zde je třeba věnovat pozornost některým úkonům, například péči o pokožku pacienta, prevenci vzniku dekubitů a jejich ošetření, v té souvislosti polohování pacienta apod. tak, aby bylo zřejmé, že i na tuto problematiku se zdravotní péče o pacienta zaměřila, případně s jakým výsledkem a jaká opatření byla provedena. Již však pouze zásadní údaje a do jednotné zdravotnické dokumentace, nikoli vyplňování „kolonek“ do dokumentace ošetrovatelské péče.

U lékařů je zásadní, aby důležité pokyny, které jsou dávány zdravotním sestřím, porodním asistentkám, praktickým sestřím nebo dalším zdravotnickým pracovníkům, byly do zdravotnické dokumentace rovněž zaznamenány, což dosud není samozřejmostí, a jde-li o méně významné pokyny, není to jistě ani nutné. Jedná-li se však o pokyny, které mají zásadní význam, bylo by hrubou chybou nezaznamenat, že lékař vydal například pokyn v určitých intervalech provádět určité diagnostické nebo léčebné výkony, které může provádět všeobecná sestra, praktická sestra nebo porodní asistentka. Pokyn lékaře při přijetí pacienta, „*intenzivně sledovat*“ je pokyn natolik obecný, že se spíše obrací proti lékaři, který jej vydal, než proti zdravotním sestřím, které jej případně nedodržely. Je třeba vždy uvést, co konkrétně má příslušný zdravotnický pracovník, na

základě pokynu lékaře, provést za úkony či výkony a v jakých časových intervalech. Z právní praxe znám případ, kdy vedoucí lékařka služby na gynekologicko-porodnickém oddělení uložila porodní asistentce, aby u rodičky nepřetržitě kontrolovala kardiotokeografický záznam (na sále byly pouze dvě rodičky a přítomny dvě porodní asistentky, takže nebylo těžké tento pokyn splnit, což lékařka věděla), a v případě, že by došlo k dalším známkám tísně plodu (známky tísně plodu se projevíly a posléze zase pominuly, proto bylo rozhodnuto nepřístupovat zatím k císařskému řezu, ale vyčkat, jak se bude nadále křivka kardiotokeografu vyvíjet), lékařku okamžitě přivolat. Porodní asistentka tuto povinnost nesplnila, ponechala u pacientky pouze manžela – otce dítěte, který ji doprovázel, a studentku střední zdravotnické školy a sama od pacientky odešla. Znamky tísně plodu se na kardiotokeografu posléze projevíly a studentka s otcem reagovaly opožděně. Tím došlo k úmrtí dítěte. Trestně stíhána byla lékařka – vedoucí služby, a když se hájila, že dala jasný pokyn porodní asistentce nepřetržitě sledovat vývoj kardiotokeografu a v případě dalších známek tísně plodu ji okamžitě přivolat, dotazovala se soudkyně, kde je tento pokyn, který byl zcela zásadní, ve zdravotnické dokumentaci zaznamenán. Lékařka argumentovala, že není možné zaznamenávat každý pokyn, který vydá porodním asistentkám, do zdravotnické dokumentace a soudkyně opáčila, jak tedy chce dokázat, že takový pokyn vůbec vydala, když si porodní asistentka již na tento pokyn nevzpomíná. V daném případě našťastí byla rozhovoru

lékařky přítomna mladší neatestovaná lékařka ve službě, která vydání tohoto pokynu dosvědčila, takže případ dopadl pro lékařku šťastně, ale uvádím jej pouze proto, abych dokumentoval, jak někdy může být významné zapsání důležitého pokynu, který lékař vydal zdravotnickému personálu, do zdravotnické dokumentace.

Jsem si vědom toho, že lékaři jsou zcela zbytečně přetíženi spoustou administrativních úkonů a požadavků, které by místo nich mohl konat administrativní pracovník. Zajímavé by jistě bylo zmapování doby strávené lékařem u počítače v poměru k době strávené u pacienta. V západních zemích lékař nepoužívá počítač, ale diktafon, a zdravotnickou dokumentaci zapisuje, případně další administrativní úkony, které je povinen lékař dělat, píše nikoli lékař, ale k tomu určená písařka, která je mnohem levnější pracovní silou než sám lékař. Nad tím by se manažeři našich nemocnic měli zamyslet. **Jakkoli však chápu a akceptuji, že administrativa lékaře zbytečně zatěžuje a zdržuje od samotné péče o pacienta, pokud jde o vedení zdravotnické dokumentace, musím lékařům doporučit, aby tomuto dokumentu věnovali mimořádnou pozornost. Zapsat, a to co nejkonkrétněji, je třeba vše, co může mít při případném pozdějším znaleckém či právním hodnocení případu význam. Málokterý dokument v práci lékaře je tak důležitý jako právě zdravotnická dokumentace.**

JUDr. Jan Mach, advokát,  
ředitel právní kanceláře ČLK

**Psychiatrická nemocnice Brno,  
Húskova 2, 618 32 Brno**

**přijme do pracovního poměru  
i na zkrácený úvazek  
nebo na dohodu**

**lékaře/lékařku  
internistu/internistku  
(i geriatra)**

pro zajištění konzultací z vnitřního  
lékařství u psychiatrických  
onemocnění.

Nástup možný dle domluvy.

**Informace:**

paní Stehlíková, osobní oddělení  
stehlikova@pnbrno.cz, tel: 548123239