

Dokumentation der Behandlung

Teil 1: Karteikarte

<p>Grundsätzliches § 12 Abs. 1 Berufsordnung § 630 f BGB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtung zur chronologischen und für jeden Patienten getrennten Dokumentation von Befunden und Behandlungsmaßnahmen (zahnärztliche Dokumentation) • Zugriff von Unbefugten muss ausgeschlossen werden. Zufälliges „Einsehen“ an der Rezeption ist zu vermeiden (Datenschutz). • Abkürzungen, die irrtumsfrei und nachvollziehbar erklärbar sind, sind üblich und rechtlich unbedenklich. • Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.
<p>Umfang der Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese, daraus sich ergebende Besonderheiten (z. B. Allergien, Prädispositionen für bestimmte Erkrankungen, Risiken aus vorbestehenden Erkrankungen oder Unfällen) • klinische Befunde • medizinisch-technische Untersuchungen und Laborbefunde • Röntgenaufnahmen • Diagnosen • therapeutische Maßnahmen • verwendete Materialien* • verordnete Medikamente • Ratschläge und Empfehlungen an den Patienten, insbesondere Stichworte über das Aufklärungsgespräch und die Einwilligung des Patienten, die Ablehnung einer medizinisch notwendigen Behandlung oder die mangelnde Mitarbeit (z. B. PA) • das alles in geordneter Reihenfolge, aus der sich auch die Behandlungstermine und der zeitliche Ablauf der Behandlung ergeben.

	<p>* Eine patientenbezogenen Chargendokumentation von Materialien und Instrumenten ist nach dem Medizinproduktegesetz nicht erforderlich; sie gilt nur für implantierte Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Infusionssysteme und Brustimplantate.</p>
<p>Aufbewahrungsfrist § 12 Abs. 1 Berufsordnung § 630 f BGB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen