

Egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje

1. A beteg vizsgálatával, gyógykezelésével és a beteg, illetve hozzátartozóinak tájékoztatásával kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentumok tartalmazzák. A beteg, vagy az ellátásban részesült személy egészségügyi dokumentumait – összefoglalóan egészségügyi dokumentációját – úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.
2. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
 - A beteg személyazonosító adatait.
 - Cselekvőképes betegek esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetén a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét.
 - Kórelőzményt, kórtörténetet.
 - Az első vizsgálat eredményét.
 - A diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját.
 - Az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket.
 - Egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését.
 - Az elvégzett beavatkozások idejét, és azok eredményét.
 - A gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét.
 - A beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat.
 - A bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját.
 - A betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését.
 - A beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját.
 - Minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.
3. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
 - Az egyes vizsgálatokról készült leleteket.
 - A gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat.
 - Az ápolási dokumentációt.
 - A képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
 - a beteg testéből kivett szövetmintákat.
4. Több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, illetve a kórházi fekvőbeteg-ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni és azt – jogszabályban meghatározott egyes esetek kivételével – a betegnek át kell adni.
5. Az egészségügyi dokumentáció készítésénél az adatrögzítésre meghatározott diagnosztikai előírásokat is figyelembe kell venni.
6. Az egészségügyi dokumentáció készítésének, kezelésének sajátos szabályait a Szabályzat az egészségügyi dokumentáció vezetéséről szabályzat és Az ápolási dokumentáció vezetése című szakmai eljárásleírás tartalmazza.
7. Az egészségügyi dokumentációról másolat csak a Központi Iktató és Irattárban készíthető (a digitális felvételek kivételével), figyelembe véve az erre vonatkozó jogszabályok – különös tekintettel az adatvédelemre előírtak – rendelkezéseit. A digitális másolatokat a Központi Iktató és Irattáron keresztül kell megigényelni. A másolatokat kiadás előtt a másolatkészítő hitelesíti. Az egészségügyi dokumentumok (másolatok) kérésére és kiadására vonatkozó eljárásra az egészségügyi törvényben és más jogszabályokban meghatározottak az irányadók.