



Patientenakte	4.1.08 Version 03
----------------------	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Zweck und Ziel

Die Aufzeichnung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten und Anordnungen wird im Krankenhaus „Dokumentation“ genannt. Sie erstreckt sich insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf sowie die getroffenen Maßnahmen und deren Wirkung.

Dazu gehören u.a.

- ärztliche und pflegerische Befunde, Anordnungen und Maßnahmen
- für den Krankheitsverlauf wesentliche Beobachtungen
- die Aufklärung und Einwilligung des Patienten
- vom Patienten im Rahmen der Behandlung getroffene Entscheidungen (z.B. Aufklärungsverzicht des Patienten, Ablehnung einzelner Behandlungsabschnitte oder der gesamten Behandlung, Entbindung von der Schweigepflicht oder deren Verweigerung)
- die patientenbezogene Kategorisierung der Pflegeleistungen

Die Dokumentation dient der Sicherung einer ordnungsgemäßen Versorgung des Patienten. Sie informiert den behandelnden Arzt, die mit- und nachbehandelnden Ärzte und die zuständigen Pflegekräfte. Im Falle einer späteren Auseinandersetzung mit dem Patienten kann sie als Beweis für das Behandlungsgeschehnis dienen.

Dokumentiert werden muss das medizinisch Notwendige.

2 Anwendungsbereich

Jede medizinische Behandlung im Krankenhaus

3 Beschreibung

3.1 Allgemeine Hinweise

Die Dokumentation soll Aufschluss darüber geben,

wer, wann, in welcher Form und in welchem Umfang angeordnet und/oder durchgeführt hat (Datum, Uhrzeit, Maßnahme, Name).
Dabei ist auf leserliche Schrift und Unterschrift zu achten.

Die Aufzeichnungen oder Vermerke in den Krankenblättern müssen zeitlich nah zu dem dokumentierten Geschehen erfolgen, nicht jedoch unbedingt nach jedem Einzelschritt.

Bei Beteiligung anderer Abteilungen an der Behandlung eines Patienten (Konsiliarbehandlung) soll der hierüber angefertigte Behandlungsbericht der jeweils die Behandlung verantwortende Abteilung zur Kenntnis gegeben und dort zu den Krankenunterlagen genommen werden.

3.2 Aufnahme von Patienten

Bei Aufnahme eines Patienten werden die Basisdaten durch die Zentralaufnahme (ZA) erfasst. Die ZA erstellt das Aufnahmeformular, erfasst die persönlichen Daten, vergibt jeweils die Krankenblattnummer und übermittelt diese Unterlagen der jeweiligen Behandlungseinheit. Bei unmittelbarer Aufnahme des Patienten auf Station ist unverzüglich die Erfassung durch die ZA nachzuholen.

Alternativ: die Patienten werden dezentral in das KIS aufgenommen.

3.3 Beziehung von Akten

In der Organisation bereits vorhandene Krankenakten werden im Einvernehmen mit dem Patienten beigezogen, meist durch die zuständige Behandlungseinheit.

Soweit möglich ist eine bereits vorhandene Krankenakte fortzuführen. Die Krankenunterlagen können auch durch entsprechende Querverweise auf vorhandene Krankenblattnummern mit einander verbunden werden.

3.4 Inhalt der Dokumentation

Es wird zwischen ärztlicher, pflegerischer und sonstiger Dokumentation unterschieden.

3.4.1 Ärztliche Dokumentation

Dazu gehören insbesondere:

- diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Befunde
- Anordnungen

Sie besteht im Wesentlichen aus drei Teilen

(1) Krankenblatt

Im Krankenblatt werden

- die vom Patienten oder seinen Angehörigen gemachten Angaben (Anamnese),
- die Befunde der körperlichen Erstuntersuchung,

- weitere persönlich vom behandelnden Arzt gemachten Feststellungen,
- alle sonstigen für den Krankheitsverlauf wichtigen Angaben (ärztliche Beurteilungen, Diagnosen, Verdachtsdiagnosen, Hinweise zur Prognose)

verzeichnet.

Falls nicht durch detailliert geführte Verlaufskurven entbehrlich, ist der Krankheitsverlauf durch zeitnahe chronologische Vermerke festzuhalten.

Das Krankenblatt wird mit einer Epikrise oder einem Arztbrief abgeschlossen und durch den behandelnden Arzt unterzeichnet.

Bei Verlegung des Patienten innerhalb des Klinikums, einer Klinik oder einer Abteilung, ist jeder Behandlungsabschnitt mit einem kurzen Resümee und durch ärztliche Unterschrift abzuschließen.

(2) Chronologisch geordnete Befundsammlung

Die Sammlung umfasst sämtliche während der Behandlung anfallenden

- Befundberichte
- Untersuchungsergebnisse (Laborbefunde, Bericht über Röntgen-, EKG-, EEG-, Ultraschall- und andere Untersuchungen)
- Histologiebefunde
- Konsiliarberichte
- Operationsberichte
- Anästhesie-Protokolle
- ärztlich gegengezeichnete Anordnungen

3.4.2 Pflegedokumentation

(1) Pflegebericht

- Sie stellt den Ablauf der pflegerischen Versorgung dar und umfasst:
 - - bestehende und auftretende Pflegebedürfnisse
 - - pflegerische Krankenbeobachtungen
 - - Verlaufsbeschreibungen
 - - durchgeführte pflegerische Maßnahmen
 - - Angaben zur subjektiven Befindlichkeit des Patienten

Die Dokumentation ist durch die zuständige Pflegeperson abzuzeichnen.

Bei Verlegung des Patienten auf eine andere Station des Klinikums ist jeder Pflegeabschnitt mit einem Resümee und Pflegeempfehlungen abzuschließen und abzuzeichnen.

(2) Verlaufskurven (Fieberkurve)

Die zeitgerasterten Kurven werden patientennah geführt. Sie enthalten insbesondere:

- Eintragungen von Körpertemperatur, Pulsfrequenz, Blutdruck u.a.
- Richtungsweisende Labor- und Röntgenbefunde (stichwortartig) sowie
- Andere Untersuchungsergebnisse

Die Kurven sollen dem Arzt am Patientenbett einen raschen Überblick über das Krankheitsgeschehen ermöglichen; sie können bei detaillierter und lückenloser Führung einen Verlaufsbericht im Krankenblatt ganz oder teilweise ersetzen.

3.5 Umfang der Eintragungen

(1) Die eintragungspflichtigen Vorgänge und die beizufügenden Stücke ergeben sich aus Punkt 3.4. Sie sind in lesbarer Schrift zu fertigen.

(2) Die vor körperlichen Eingriffen und HIV-Untersuchungen einzuholende schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seiner gesetzlichen Vertreter ist der Krankenunterlage beizufügen.

(3) Bei Eingriffen, besonders bei Operationen und Strahlenbehandlungen, ist ein Bericht über die Art und den Verlauf des Eingriffs anzufertigen (siehe VA 4.1.15 OP-Bericht: Mindestanforderungen).

(4) Fieberkurven sind vom Pflegepersonal nach Weisung des Stationsarztes eigenverantwortlich zu führen.

(5) Bei Bluttransfusionen ist zusätzlich ein Transfusionsprotokoll (siehe Anlage) zu erstellen, aus dem die Indikation, die Konservennummer und der Verlauf ersichtlich sind.

(6) Bei der Anwendung von Arzneimitteln müssen in die Krankenakte Angaben zur Art, Menge, Darreichungsform und Verabreichungszeitpunkt der Medikation aufgenommen werden.

(7) Anweisungen des Arztes bezüglich Diagnostik, Therapie und Medikation sind gesondert vom Arzt abzuzeichnen.

(8) Untersuchungsbefunde und gegebenenfalls Sektionsbericht sind der Akte beizufügen.

3.6 Äußere Form der Krankenakten

(1) Die Krankenakten sind so zu führen, dass alle Eintragungen zeitnah und übersichtlich vorgenommen werden.

(2) Werden Eintragungen zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt, muss der Zeitpunkt der Ergänzung und Grund für die Ergänzung erkennbar sein.

- (3) Werden Eintragungen geändert, muss der ursprüngliche Inhalt weiter erkennbar sein.
- (4) Befundbögen und andere Berichte sollen fest mit der Akte verbunden werden. Sofern einzelne Unterlagen aus technischen Gründen nicht abgeheftet werden können, müssen diese der Krankenakte eindeutig zugeordnet werden, z. B. durch Verweis in der Unterlage auf die Krankenakte. In die Krankenakte selbst ist ein ebenso eindeutiger Zuordnungsvermerk mit Aufbewahrungsort der Unterlage aufzunehmen.
- (2) Die Eintragungen müssen so deutlich und verständlich sein, dass sie von jedem Arzt nachvollzogen und erläutert werden können. Werden handschriftliche Aufzeichnungen oder Skizzen nachträglich in Reinschrift übertragen, so ist die Vorlage neben der Reinschrift in die Krankenakte aufzunehmen.
- (3) Jede Eintragung muss durch eine lesbare Unterschrift ihren Urheber erkennen lassen. Die Unterschriften und Namenszeichen müssen den Mustern entsprechen, die in den Unterschriftenlisten angegeben wurden
- (4) Doppelerfassung personenbezogener Unterlagen (z.B. Kopie im untersuchenden Institut etc.) ist - sofern vertretbar - zu vermeiden.

3.7 Krankenakte auf Station

Die Unterlagen zur Behandlung werden während des stationären Aufenthaltes in einer Hängemappe (grau, Plastik) im Visitenwagen aufbewahrt. Die Aufzeichnungen sind teilweise eingheftet, teilweise als lose Blätter eingelegt.

Bei der Visite wird nur das Krankenblatt benutzt, das in einer Klemmleiste zusammengehalten wird. Im Krankenblatt werden alle Befunde, Anordnungen und ärztliche Maßnahmen in Diagnostik oder Therapie eingetragen. Die dabei gefertigten Aufzeichnungen werden in der Hängemappe abgelegt.

Krankenunterlagen sind auf Station so aufzubewahren, dass sie zugriffsberechtigten Personen jederzeit erreichbar sind (jederzeitige Verfügbarkeit).

Zugriffsberechtigt sind:

- Direktor der Abteilung,
- Stationsarzt,
- behandelnder Arzt
- sowie die von diesen im Rahmen der ärztlichen Behandlung eingesetzten Erfüllungshilfen.

Jeder Zugriffsberechtigte, der Krankenunterlagen vom gewöhnlichen Standort entfernt, hat dies zu vermerken, er ist verantwortlich für die Rück-

führung, die jederzeitige Auffindbarkeit und die Sicherung vor unbefugtem Zugriff

Von allen Beschäftigten ist dafür Sorge zu tragen, dass Unbefugte keinen Zugang zu irgendwelchen Krankenunterlagen haben (Sicherungsmaßnahmen).

Eine Aufbewahrung von Krankenunterlagen auf der Station (Präsenzunterlagen) ist nur zulässig, soweit eine Archivierung noch nicht möglich ist.

Dies gilt, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, einschließlich Fertigung des Schlussberichtes.

Zum Schutz vor Unbefugten sind Krankenunterlagen nur in verschlossenen Schränken, verschlossenen Räumen oder solchen Räumen aufzubewahren, die ständig mit einer zugriffsberechtigten Person besetzt sind.

Werden Krankenunterlagen in verschlossenen Schränken oder Räumen aufbewahrt, so sind dazugehörige Schlüssel vor dem Zugriff unberechtigter Personen zu sichern bzw. Schlosssysteme zu wählen, die nur den Berechtigten den Zugriff zu diesen Räumen ermöglichen.

Falls sich die Lagerung personenbezogener Unterlagen in Warteräumen oder sonstigen - Unbefugten zugänglichen - Räumen nicht vermeiden lässt, muss eine entsprechende Sicherung in Schränken mit Sicherheitsschlössern erfolgen. Die Aktenwagen müssen entweder verschlossen oder unter ständiger Kontrolle gehalten werden.

Beim Transport von Krankenunterlagen ist darauf zu achten, dass der Inhalt für Unbefugte nicht erkennbar ist – das gilt auch für die Person, die die Krankenunterlagen transportiert.

Beim Transport dürfen unverschlossene Krankenunterlagen nicht unbeaufsichtigt an allgemein zugänglichen Orten abgelegt werden.

Postfächer und Post austauschfächer, die Krankenunterlagen enthalten können, sind zum Schutz vor Unbefugten entsprechend zu sichern.

Bei Bedarf sind weitere, den besonderen Gegebenheiten angepasste Sicherungsmaßnahmen vorzunehmen.

3.8 Abschluss der Akte nach Behandlung

Bei Entlassung oder Verlegung ist vom Stationsarzt unverzüglich ein Schlussbericht (Arztbrief) zu erstellen, der alle zur Weiterbehandlung notwendigen Angaben über Diagnose und Therapie enthalten muss. Der Bericht muss vom Direktor der Abteilung unterschrieben oder gegengezeichnet werden.

Der Ablauf von der Zusammenführung der Krankenunterlagen, der Ordnung der Dokumente in der Akte, das Diktat des Entlassungsschreibens, die Textverarbeitung, die Abzeichnung des Briefes, die Prüfung der Akte auf

Vollständigkeit bis hin zur Abgabe an das Krankengeschichtenarchiv soll den örtlichen Bedingungen entsprechend geregelt werden.

3.9 Abgabe an das Archiv

Beschreibung des Transportes der Krankenakte in das Archiv. Eventuell wird die Krankenakte unmittelbar nach Eingang in das Archiv verfilmt.

Nach Verfilmung der Akte ist der Inhalt in der EDV zugänglich.

Nur vollständige Krankenakten dürfen an das jeweilige Archiv gegeben werden.

Krankenunterlagen bleiben stets Eigentum des Krankenhauses und sind im Rahmen der Aufbewahrungsfrist im Krankenhaus zu verwahren.

4 Dokumentation

4.1 Vorbereitung für die Archivierung

Nach Abschluss der Krankenbehandlung werden alle Aufzeichnungen der Befundmappe entnommen. Doppel, Kopien oder inhaltslose Formblätter können weggeworfen werden. Es ist darauf zu achten, dass solche Daten aussortiert werden, die über die notwendigen Aufzeichnungen hinaus angefertigt wurden und die für die Darstellung des Krankheitsverlaufes irrelevant sind (z.B. EKG-Streifen ohne lesbare Abschnitte, Ausdrücke der Monitorregistrierungen).

Doppelseitig beschriebene oder farbige Dokumente stellen kein Hindernis für eine spätere (schwarz/weiß) Mikroverfilmung dar. Verluste bei der Lesbarkeit sind jedoch möglich.

Eventuell noch vorhandene Büroklammern werden entfernt.

4.2 Abheften der Akte

Die Aufzeichnungen werden in den Hängehefter des Archivs mit dem Aufdruck „NAME DES KRANKENHAUSES“ eingheftet. Der Hängehefter wird auf der Vorderseite links oben mit dem Patientenetikett gekennzeichnet.

Dafür wird die Befundsammeltasche geleert und alle Dokumente in die Heftschiene des Hängehefters eingeordnet. Einzelblätter dürfen nicht lose in die Akte eingelegt werden.

Dabei wird (von unten nach oben) folgende Reihenfolge eingehalten:

- Kurve
- Befund- und Verlaufsbögen in der Reihenfolge des Registers der Befundsammeltasche
- Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung
- OP-Bericht
- Arztbericht

- Patientenstammblatt

4.3 Prüfung auf Vollständigkeit

Beim Umheften wird geprüft, ob alle wesentlichen Befunde wie

Histologie, Konsiliaruntersuchungen, OP-Bericht, Einwilligungsbogen, Narkoseprotokoll, Arztbericht, ...)

in den Hängehefter eingeordnet sind. Fehlt eines dieser Dokumente, darf die Akte nicht freigegeben werden. Sie wird in die Ablage der Arztsekretärin bzw. des Arztes gelegt.

Nachlaufende Befunde werden den unvollständigen Akten sofort zugeordnet. Sind die Akten nicht mehr auf Station, werden nachlaufende Befunde im Vorordner nach dem Geburtsdatum des Patienten abgelegt.

In regelmäßigen, wöchentlichen Abständen wird geprüft, ob Akten abgeschlossen werden können.

Ebenso wird geprüft, ob in dem Vorordner (enthält nachlaufende Befunde zur Krankenbehandlung) noch fehlende Befunde eingetroffen sind. Sie müssen nachgeheftet werden.

4.4 Freigabe

Die Akte wird durch den für die Behandlung zuständigen Arzt freigegeben. Durch Unterschrift auf dem Personalstammblatt wird bestätigt, dass die Akte alle wesentlichen Befunde und Aufzeichnungen zu dem Behandlungsfall enthält. Dem Freigebenden sollte bewusst sein, dass die Akte so wie nun abgeschlossen, mikroverfilmt wird.

4.5 Abgabe an das Archiv

Die Akte wird im Archiv persönlich abgegeben. Dort wird vom Archivpersonal der Status des Aktenbestandes für diesen Behandlungsfall auf „im Archiv“ gesetzt.

4.6 Nachlaufende Befunde

Befunde, die nach Aufnahme der Akte in das Archiv auf Station kommen, werden zunächst im Vorordner nach dem Geburtsmonat des Patienten gesammelt und in unregelmäßigen Abständen (ca. 4 – 6 Wochen an das Archiv persönlich abgegeben. Wenn die Akte bereits mikroverfilmt wurde, bereitet die nachträgliche Aufnahme des Dokumentes in den Mikrofilm hohe Kosten.

4.7 Nachweis für die Abgabe

Die Vollständigkeit der Abgabe aller Krankenakten kann geprüft werden durch eine Kontrollliste, die die Krankengeschichtennummern der in einem bestimmten Zeitraum durch eine Abteilung des KRANKENHAUSES behandelten Patienten aufsteigend und den Status der Archivierung angibt.

Die Liste wird durch das Krankengeschichtenarchiv an den Archivbeauftragten der Abteilung monatlich gegeben.

5 Ressourcen

6 Zuständigkeit, Qualifikation

1. Der Ärztliche Direktor trägt für seine Abteilung die Verantwortung für eine korrekte ärztliche Dokumentation und die geordnete Zusammenführung der Aufzeichnungen zu einer Krankengeschichte.
2. Die Leitende Pflegekraft einer Klinik trägt die Verantwortung für ordnungsgemäße Aufzeichnungen der Pflege.
3. Arzt und Pflegeperson sind verantwortlich für die vollständige Aufzeichnung ihrer eigenen Anordnungen, Maßnahmen und Feststellungen
4. Die Aufzeichnung kann delegiert werden. Wird die Aufzeichnung einer ärztlichen Anordnung delegiert, so muss der anordnende Arzt die Einträge abzeichnen.
5. Die fachliche Verantwortung hinsichtlich der organisatorischen Abläufe liegt beim Direktor der Abteilung. Er ist weisungsberechtigt.
6. Für die zur Erstellung und Archivierung der Krankenunterlagen erforderlichen Maßnahmen sind folgende Personen verantwortlich:
 - Stationsarzt für das Anlegen und Führen der Krankenakte (Vollständigkeit, Verfügbarkeit, äußerer Zustand), für die Anweisung zum Führen von Fieberkurven und der Aufzeichnung der Medikation, für die rechtzeitige Abfassung des Schlussberichts sowie für die rechtzeitige Übersendung an das Archiv.
 - Der Arzt/die Ärztin entscheidet darüber, ob EKG-Streifen, Telemetrie- oder Monitorausdrucke in die Akte aufgenommen werden sollen.
 - Der einen Eingriff vornehmende Arzt für die dazugehörigen Aufzeichnungen.
 - Der diensthabende oder konsiliarisch tätige Arzt für die dazugehörigen Aufzeichnungen.
 - Der behandelnde Arzt für die Erstellung des Ambulanzberichtes und dessen Übersendung an das Archiv
 - Das Pflegepersonal für die Ausführung der Weisungen des Stationsarztes zum Führen der Fieberkurve und zur Aufzeichnung der Medikation, für die ordnungsgemäße Aufzeichnung aller pflegerelevanten Maßnahmen sowie für das Zusammenordnen der Krankenakte.

- Sonstige Beschäftigte für die Abwicklung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Behandlung von Krankenunterlagen (z.B. Schreibkräfte, Laboranten u. a.).
- Abheften der Akte: Stationssekretärin, Arzt
- Abgabe im Archiv: Stationssekretärin, Arzt

7 Hinweise und Anmerkungen

Heftklammern entfernen!

Beidseitig bedruckte Dokumente werden beidseitig verfilmt. Auch in mikroverfilmten Akten sind Aufzeichnungen nur leserlich, wenn die Handschrift im Original leserlich war. Man beachte, dass die Verfilmung schwarz/weiß ist, farbige Eintragungen also nur bedingt erkennbar sind!

Für die Organisation des Zugriffs auf die Krankenakten sollte bedacht werden, wie viele Patienten im Krankenhaus mehrmals behandelt, ihre Krankenakten also noch einmal benötigt werden. Ob bei der einer erneuten Behandlung die alte Krankenakte benötigt wird und welche Dokumente (Arztbrief? Narkoseprotokoll? Histologie?) dann gelesen werden.

Brauchen wir die Befundbögen des Labors oder , Röntgen in der Krankennakte oder reicht der Eintrag des Ergebnisses in der Fieberkurve?

8 Mitgeltende Unterlagen

8.1 Literatur, Vorschriften

Berufsordnung der deutschen Ärzte

Röntgenverordnung

Transfusionsgesetz

Transplantationsgesetz

Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)

§ 63of Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die

Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Dokumentation der Krankenhausbehandlung ist Nebenpflicht des Behandlungsvertrages (BGH vom 27.6.1978, NJW 1978, 337)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.): Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung: Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz, 4. Auflage, 2012

8.2 Begriffe

Krankenunterlagen

sind alle im Rahmen einer stationären und ambulanten Behandlung gefertigten Aufzeichnungen des Arztes oder seiner medizinischen Hilfskräfte über Diagnose und ärztliche Behandlung. Sie umfassen insbesondere die Krankenakten (bzw. Ambulanzberichte), etwaige Röntgenbilder sowie alle technisch hergestellten Messungen und Aufzeichnungen. Aufzeichnungen über Blutspenden sowie histologische Präparate gelten ebenfalls als Krankenunterlagen.

Krankenakte (Patientenakte)

Wichtigster Bestandteil der Krankenunterlagen ist die Krankenakte. Sie enthält alle für die Behandlung eines Patienten erheblichen persönlichen Angaben, dessen Einwilligungserklärungen, die Anamnese, den Aufnahmebefund, die für die Therapieentscheidung wichtigsten differentialdiagnostischen Überlegungen, Aufzeichnungen über therapeutische Maßnahmen sowie einen Schlussbericht (Arztbrief). Komplikationen, Unfälle oder sonstige vom erwarteten Verlauf abweichende Veränderungen sind so exakt wie möglich zu protokollieren, mit Angabe des Datums und der Uhrzeit des Eintritts und der Feststellung (bei Unfällen möglichst mit Angabe von Zeugen), mit Angabe der eingeleiteten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und des Verlaufs. Je nach Art und Umfang der Behandlung enthält sie außerdem die Fieberkurve, das Stammbblatt mit Pflegeanamnese und den Pflegebericht (einschl. der Angaben zur Medikation), Narkoseprotokolle, Operationsberichte, Laborbefunde, Transfusionsberichte, Messaufzeichnungen über den Einsatz medizinisch-technischer Geräte (z.B. EKG und EEG), Aufzeichnungen über Strahlenbehandlungen, Hinweise auf eine ärztliche Aufklärung des Patienten vor einem Eingriff, etwaige Sektionsberichte sowie alle wesentlichen Beobachtungen und Behandlungen durch den verantwortlichen Arzt.

Ambulanzbericht

Für die ambulante Behandlung von Patienten ist eine vereinfachte Form der Krankenakte (Ambulanzbericht) zulässig. Der Ambulanzbericht muss die wesentlichen persönlichen Daten des Patienten, einen kurzen Aufnahmebefund, einen skizzierten Behandlungsbericht sowie einen kurzen Schlussbericht enthalten. Das Nähere, insbesondere die Form des Ambulanzberichts, bestimmt der Direktor der Abteilung. Durch den Ärztlichen Direktor ggf. zur Vereinheitlichung erlassene Regelungen sind dabei zu berücksichtigen.

Subjektiver Eindruck

Aufzeichnungen über rein subjektive Eindrücke des Arztes werden dann Bestandteil der Krankenakte, wenn sie für die Beurteilung des Krankheitsbildes und damit für die Dokumentation erforderlich sind.

Persönliche Aufzeichnungen zur Unterstützung des Arztes ohne Dokumentationscharakter sind nicht in die Krankenakte aufzunehmen. Sie sind nach Abschluss der Behandlung zu vernichten. Eine Weitergabe ist unzulässig.

Bezeichnungen mit unterschiedlicher Bedeutung

Krankenblatt, Krankenakte (Patientenakte), Krankenunterlagen, Krankengeschichte, Krankenbericht, Krankenaufzeichnungen.

Befundmappe, Aktenregister, Patientenblatt

9 Anlagen

Regelung des Dokumentenflusses als Flussdiagramm

Muster für Ablage in einer Krankenakte

Hamburg, den 11.06.2007

U. Paschen

Überarbeitung: 6.7.2010

Überarbeitung: 13.2.2013