

Udskriftsdato: mandag den 12. januar 2026

VEJ nr 10070 af 07/11/2016 (Historisk)

Vejledning om tandlægers journalføring

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin.,
Styrelsen for Patientsikkerhed, j.nr. 5-1010-927/1

Senere ændringer til forskriften

BEK nr 530 af 24/05/2018

Vejledning om tandlægers journalføring

Vejledningen knytter sig til Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.).

Vejledningens formål er at uddybe og præcisere indholdet af bekendtgørelsen. Den er udtryk for, hvilke krav der stilles til tandlægers journalføring, for at denne er i overensstemmelse med Autorisationslovens og bekendtgørelsens bestemmelser om journalføring og journalens indhold.

Formål med journalføring

Hovedformålet med, at tandlæger fører journal, er at sikre sammenhæng mellem undersøgelser, diagnoser, information af patienten, forebyggelse, behandling og opfølgning mv.

Journalen er desuden et nødvendigt kommunikations dokument i de situationer, hvor andre sundhedspersoner involveres, eller patienten skifter tandlæge.

Journalen kan yderligere have betydning i forbindelse med retsodontologisk identifikation og med tilsyn. Den kan være dokumentation for såvel tandlæge som patient i forbindelse med klagesager, forsikrings spørgsmål og ansøgninger til offentlige myndigheder, ligesom den kan have betydning ved kvalitetsudvikling og forskning.

1. Journalen

1.1. Ordnete optegnelser

Journalen er ordnede optegnelser (registreringer og beskrivelser) om forhold af betydning for undersøgelse, diagnostik, information, forebyggelse, behandling og opfølgning m.v. Også diagrammer, hjælpeark, erklæringer, hen- og tilbagevisningsblanketter, røntgenbilleder, kliniske fotos, modeller m.m. er en del af journalen.

Der må kun være én journal for hver patient. Man må ikke journalføre oplysninger om flere patienter i samme journal (under samme identifikation), dog kan journalen indeholde oplysning om familiær disponeret sygdom.

En optegnelse behøver kun at stå ét sted i journalen. Praktiske grunde bestemmer, om dette skal være i kontinuationen ("loggen") eller på et bilag, blot det fremgår af kontinuationen, at bilagene findes.

1.2. Elektroniske journaler

Den elektroniske journal skal anses for at være den originale journal. Elektroniske journaler skal derfor opfylde de samme krav som manuelt førte journaler.

Det er tilladt at indscanne dokumenter og billeder i elektroniske journaler og herefter makulere det originale dokument/billede. En forudsætning er, at det indscannede materiale er af samme kvalitet, som det originale materiale. Tandlægen skal kontrollere dette efter indscanningen.

Elektroniske journaloplysninger, både tekst, billeder, diagrammer eller lignende, skal kunne udskrives på papir, med farveprint hvor farver anvendes. Billeder skal udskrives på fotopapir. Endvidere skal alt journalmateriale (medicinsk anamnese, bilag m.m.) være tilgængeligt i uredigeret stand f.eks. ved videreførelse af materiale til anden kollega eller i tilsynsøjemed.

2. Journalføringspligt

2.1. Journalføringspligtens omfang

Oplysninger om forhold, der har betydning for undersøgelse, diagnostik, information, forebyggelse, behandling og opfølgning m.v., skal noteres i journalen, hvad enten oplysningerne fremkommer i forbindelse med patientens besøg, eller det drejer sig om telefoniske eller andre former for oplysninger, f.eks. rådgivning fra andre behandlere eller resultatet af sygehuskonferencer.

Oplysningerne journalføres i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Oplysninger, der skal tilføjes journalen senere, journalføres under datoen for journalføringen med henvisning til den dato, hvor oplysningen faktisk er fremkommet. Det tilføjede notat kan dog placeres under datoen, hvor oplysningen faktisk er fremkommet, hvis det samme sted fremgår, på hvilken dato notatet er foretaget.

Anvendelse af autotekster forudsætter, at de anvendes korrekt, og at teksten individualiseres således, at den passer til den aktuelle patient.

Tandlægen kan bruge medhjælp ved journalføringen. Det er tandlægen, der er ansvarlig for, at det journalførte er korrekt og fyldestgørende, ligesom det er tandlægens ansvar, at medhjælpen har de fornødne kvalifikationer til at udføre opgaven og kender eventuelle særlige retningslinjer for journalføring på den pågældende klinik.

Patienten skal oplyses om, at der føres journal over undersøgelser, diagnoser, information, behandlinger m.v., men kan ikke bestemme, at relevante oplysninger ikke må journalføres, eller at bestemte ikke relevante oplysninger skal journalføres.

2.2. Journalindholdets form

Journalen er et fagligt dokument, der henvender sig til tandlægen selv og til andre tandlæger og øvrige sundhedspersoner, der deltager i undersøgelse og behandling m.v. af patienten.

Journalen skal føres på dansk.

Journalen skal være éntydig. Den accepterede faglige terminologi skal benyttes. Diagnoser skal være på dansk eller latin, dentalmaterialer og lægemidler skal angives med det generiske navn eller med præparatnavnet. For lægemidler angives endvidere mængde og koncentration. Behandlinger angives med den faglige betegnelse. Forkortelser kan anvendes, men de skal være umiddelbart forståelige for fagfæller. Tandlægeforeningens forkortelsesliste accepteres. Andre forkortelser skal fremgå af en forkortelsesliste, som medfølger journalen.

Patienten, dennes eventuelle nye tandlæge eller offentlige myndigheder kan forlange en liste over forkortelserne og deres betydning.

2.3. Kontinuation/særskilte sektioner

Det centrale element i journalen er kontinuationen. Den skal indeholde alle oplysninger, der har betydning for undersøgelse, diagnostik, information, forebyggelse, behandling og opfølgning m.v. Optegnelserne skal føres kronologisk.

Af praktiske grunde og af hensyn til overskueligheden ved særlige undersøgelser og behandlingsforløb kan det være hensigtsmæssigt, at disse bliver journalført på særskilte journalsektioner uden for kontinuationen. Det kan dreje sig om ortodontijournal, traumejournal, parodontologijournal, kirurgisk journal eller lignende. Disse særskilte sektioner føres med deres egen kronologi. Det skal fremgå af kontinuationen, at der forefindes særskilte journalsektioner/bilag.

3. Indhold

3.1. Generelle forhold

En patientjournal skal éntydigt kunne identificeres. Den skal derfor indeholde persondata i form af patientens fulde navn og personnummer.

Ved første besøg, og ved senere besøg på patientens eget initiativ, anføres årsagen til kontakten. Hvis patientens ønsker og behov influerer på prioriteringen af undersøgelse og behandlingsforløb, skal dette fremgå af journalen.

3.2. Anamnese

Der skal optages medicinsk anamnese før hvert invasivt indgreb. Den medicinske anamnese kan journalføres inde i kontinuationen eller på fortrykte skemaer med reference til kontinuationen, og skal dateres.

3.3. Diagnoser

Diagnose (årsag til behandling) angives altid inden behandling.

For hver behandling skal der angives en diagnose. Med baggrund i diagnosen skal der journalføres relevant/relevante behandlingsforslag.

Diagnosen og behandlingsforslag, som blev registreret f.eks. ved sidste undersøgelse eller kontrol, er udgangspunktet for behandlingen, også når behandlingen udføres en anden dag.

3.4. Lægemidler

Ved anvendelse og ordination af lægemidler journalføres navn, styrke, mængde, dosering og behandlingsvarighed. Den indikation, der danner baggrund for ordinationen, anføres altid. Det skal således fremgå af journalen, hvilken konkret sygdomstilstand der behandles.

3.5. Røntgenoptagelser m.m.

Røntgenoptagelser, kliniske fotos, alle andre bilag og modeller m.m. journalføres med dato. Oplysninger om dato, patientnavn og personnummer skal også være synlige på billederne, modellerne og andre bilag i forbindelse med videresendelse af journalmateriale til anden kollega eller sundhedsperson. Endvidere skal røntgenmaterialet og billedmaterialet videresendes i originalt format.

Der skal anføres indikation for optagelse af røntgenbilleder, og billederne skal i kontinuationen beskrives og forsynes med diagnoser, også når røntgenoptagelsen viser sunde forhold (minimum i.a.).

3.6. Behandlinger, kontrol, hen- og tilbagevisninger og andre oplysninger

Journalen skal gengive den gennemførte profylakse, behandling og evt. opfølgende kontrolforløb med forventede tidsintervaller. Ved et kontrolbesøg skal det journalføres, hvad der blev kontrolleret, og hvad kontrollen viste.

Udføres behandling eller dele af behandling andetsteds, er henvisningen og en eventuel tilbagevisning/epikrise en del af journalen.

Der kan forekomme oplysninger, der har betydning for undersøgelse, diagnostik osv., og som ikke er af snæver tandlægefaglig karakter. Det kan være oplysninger om patientens økonomiske forhold, der influerer på behandlingsvalget, det kan være familiemæssige eller andre sociale forhold, der har betydning for samarbejde om forebyggelse og behandling m.v. Når sådanne oplysninger har betydning for det samlede patientforløb, skal de journalføres, hvilket bør ske med patientens vidende. Behandlingsplaner skal journalføres, herunder estimerede omkostninger i forbindelse med behandlingsvalg, hvorimod betalingsforhold og andre betalingsmæssige aftaler ikke falder inden for formålet med at føre journal.

3.7. Datering, identifikation og læsbarhed

Journaloptegnelser skal dateres. Med henblik på identifikation skal patientens navn og personnummer anføres på alle dele af journalen, dvs. continuation, røntgenbilleder, kliniske fotos, modeller og adskilte sektioner og bilag m.v. Tillige skal det fremgå med stempel, navn eller lignende, hvilken tandlæge (klinik) der er ansvarlig for den samlede journal.

Det skal fremgå af journalen, hvem der er ansvarlig for den enkelte optegnelse. Initialer er tilstrækkelige, men det skal til enhver tid være muligt at identificere, hvilken sundhedsperson initialerne står for. Dette skal således fremgå andetsteds af journalen.

Optegnelserne skal være letlæselige. Hvis en håndskreven journal ikke umiddelbart kan læses, kan patienten, dennes eventuelle nye tandlæge eller offentlige myndigheder kræve en renskrift.

4. Information og samtykke

4.1. Patientens retsstilling

Det skal fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information der er givet til patienten eller de pårørende eller værge ved stedfortrædende samtykke til behandling – og hvad patienten/de pårørende/værgen på denne baggrund har tilkendegivet.

De kliniske fund og registreringer skal ligge til grund for den journalførte information, patienten skal have, så patienten på et oplyst grundlag har mulighed for at vælge eller fravælge den foreslåede behandling.

Hvis skriftligt informationsmateriale er udleveret til patienten som supplement til den mundtlige information (skriftligt materiale kan ikke stå alene), skal det fremgå af journalen, og det skriftlige materiale skal vedlægges som bilag i journalen.

Har patienten givet samtykke til et behandlingsforløb - det kan være større eller mindre - er det ikke nødvendigt at indhente yderligere samtykke under behandlingsforløbet, medmindre der forekommer afvigelser fra det planlagte behandlingsforløb.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den 7. november 2016

ANETTE LYKKE PETRI

/ Betina Leig Keldorff