

Gültigkeit/Verteiler:

	x	x	x	x	x	x	x	x					
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Ziel/Zweck:

Diese Richtlinie regelt das Führen der Patientenakte sowohl in Papierform (Kladde) wie auch als elektronische Patientenakte (EPA).

Die Akte dokumentiert den gesamten medizinischen Prozess einschließlich Aufnahme und Nachsorge. Mit dem ordnungsgemäßen Führen der Akte wird sichergestellt:

1. Eine lückenlose Dokumentation von Diagnostik und Therapie
2. Das schnelle Auffinden von Informationen über den Behandlungsverlauf
3. Die Rückverfolgbarkeit bei Beschwerden und Beanstandungen

Es ist darauf hinzuwirken, zunehmend elektronisch zu dokumentieren, auf Papier zunehmend zu verzichten.

Zuständigkeit:

Verantwortlich sind die Chefarzte; zuständig sind alle Mitarbeiter, die mit der Aktenführung konfrontiert sind. Alle Mitarbeiter, die der Akte Informationen und/oder Dokumentationen zuarbeiten, sind verantwortlich für die Einhaltung der vorgeschriebenen Ordnung.

Im speziellen Fall liegt die Zuständigkeit beim Arzt, bei den Schwestern und Arzthelferinnen: Untersuchungsergebnisse, Aktennotizen u.ä., die einer dieser Berufsgruppen zur Kenntnisnahme in die Postfächer überstellt werden, werden im Anschluss in die Akte (bzw. in der EPA unter Befunde gespeichert) geheftet oder eingefügt.

Für die Weiterentwicklung der EPA zuständig, ist die **med. Leitung in Zusammenarbeit dem Softwareunternehmen Potthoff.**

Durchführung:

Erstellen:

Von den Arzthelferinnen wird für jeden Patienten eine Akte aufgezogen. Sie enthält:

- Therapieheft
- Aufnahmemitteilungen
- Fragebogen Rehabilitationsziele
- Erfassungsbogen für nosokomiale Infektion
- Gutachten der/des Pat.
- Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht

Register:

Die Ordnung erfolgt nachfolgendem Schema:

- Anamnese
- Konsile
- Diagnostik
- Vorbefunde
- Rententräger/Krankenkasse
- EDV/sonstiges

Gültigkeit/Verteiler:

	x	x	x	x	x	x	x	x					
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Medizinisches Patienteninformationssystem (EPA, elektronische Patientenakte):

- In der Kliniksoftware ist das Medizinische Patienteninformationssystem folgendermaßen aufgebaut: Dokumente, Diagnosen, Dokumentationen, Verordnungen, Kalender, Pflege
- Jeder Patientenkontakt ist im Verlaufsbogen der EPA unter Dokumente zu vermerken
- Unter Dokumentationen wird der Entlassungsbericht erstellt
- Unter Dokumentationen werden die Ergebnisse der Assessments eingegeben
- **Ebenso die Änderung der Medikamentenverordnung (z.B. Bedarfsmedikation).**

Aufbewahrung während des Aufenthaltes:

Während des Aufenthaltes befindet sich die Akte in einer Kunststoffkladde, die in einem mobilen Aufhängungssystem im Zimmer des behandelnden Arztes verbleibt. In der EPA sind die Daten jeweils unter der Pat.-Nr. gespeichert. Einsichtnahme erfolgt nach Absprache.

Rechtzeitig vor der Abschlussuntersuchung werden die Abschlussbefunde aus den Bereichen Physiotherapie, Psychologischer Dienst, Sozialdienst und Ergotherapie an die vorgesehene Stelle in die EPA eingefügt. Der Patient gibt sein Therapieheft (Therapiepläne) ab, dieses wird in der vorhandenen Kladde abgeheftet.

Archivierung:

Nach Abreise des Patienten werden die Unterlagen in ein Pendelregister übertragen, gekennzeichnet und archiviert. Die Diagnosen werden in eine Statistik übertragen.

Kennzeichnung:

Die Kennzeichnung erfolgt nachfolgendem Schema mit farblich unterscheidbaren Klebeetiketten:

- Jahr
- Initiale Nachname
- Initiale Vorname
- Geburtsdatum

Dokumentation:

- Patientenakte
- EPA
- Archiv

Aufbewahrung: 10 Jahre