

# **KNMT-richtlijn Patiëntendossier**

(Herziening 2014)

## **Herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier**

Nieuwegein, december 2014

### **Colofon**

Een KNMT-richtlijn is een leidraad ten behoeve van de tandheekkundige praktijkvoering, aangevuld met voorbeelden van formulieren, reglementen en informatie voor de patiënt, die de tandarts naar eigen inzicht kan aanpassen voor de eigen praktijk.

### **Eindredactie**

drs. Th.A. Goedendorp  
dr. W.J.M. van der Sanden  
mr.dr. W.G. Brands  
drs. H.P. Wiegman  
dr. P.N. Post  
drs. A.L.L. van Foreest

### **Productie**

KNMT afdeling Kennis, Communicatie en Kwaliteit, Nieuwegein  
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekkunde (KNMT)  
Geelgors 1, Postbus 2000  
3430 CA Nieuwegein  
e-mail [info@knmt.nl](mailto:info@knmt.nl)  
[www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)

Voor informatie over deze praktijkrichtlijn kunt contact opnemen met de KNMT-ledenservice, Postbus 2000, 3430 CA Nieuwegein, telefoon 030-6076380.

## Inhoudsopgave

Over deze richtlijn.....	4
<b>1 Het patiëntendossier .....</b>	<b>5</b>
1.1 Dossierplicht.....	5
1.2 De kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en het inzichtelijk maken daarvan .....	5
1.3 Verantwoording en toetsbaarheid.....	5
<b>2 Inhoud van het patiëntendossier .....</b>	<b>6</b>
2.1 Verplichte onderdelen van het dossier .....	6
<b>3 Formele aspecten van het patiëntendossier .....</b>	<b>7</b>
3.1 Persoonlijke werkaantekeningen.....	7
3.2 Beheer en eigendom van het patiëntendossier .....	8
3.3 Overdracht patiëntendossier bij praktijkbeëindiging.....	8
3.3.1 Een opvolger neemt de praktijk over .....	8
3.3.2 Geen opvolger in de praktijk .....	8
3.3.3 Overdracht patiëntendossier bij verandering van tandarts .....	8
3.4 Digitaliseren van papieren patiëntendossiers en documenten.....	9
3.5 Bewaartermijnen .....	9
3.6 De wet en een elektronisch patiëntendossier (NEN 7510).....	9
3.6.1 Privacybelang.....	9
3.6.2 Het vernietigen van informatie in een EPD .....	10
<b>4 Patiëntenrechten met betrekking tot het patiëntendossier .....</b>	<b>10</b>
4.1 Inzage en afschrift van het dossier.....	10
4.2 Afschrift en de kosten daarvan .....	10
4.3 Verklaring toevoegen aan dossier.....	10
4.4 Recht op verwijdering en vernietiging.....	10
4.5 Uitzondering op het vernietigingsrecht .....	11
4.6 De rechten van de patiënt en het EPD.....	11
<b>Noten .....</b>	<b>12</b>
Noot 1 Administratievevoorschriften NZa (Uit: Regeling Mondzorg, NZa 2013).....	12
Noot 2 Röntgenopname .....	12
Noot 3 Informed consent .....	12
Noot 4 Normen aan informatiebeveiliging .....	13
<b>Bijlagen .....</b>	<b>14</b>
Bijlage 1 Te overwegen onderdelen van het patiëntendossier .....	14
Bijlage 2 Zorgdoel, zorgplan & behandelplan .....	15
Bijlage 3 De prijs van een afschrift .....	15
<b>Literatuur .....</b>	<b>17</b>

## Over deze richtlijn

In deze KNMT-richtlijn Patiëntendossier wordt aan de tandartspraktijk een leidraad gegeven voor het inrichten en bijhouden van een patiëntendossier.

Deze richtlijn schept geen nieuwe verplichtingen voor de tandarts. Feitelijk zijn alle verplichtingen die een tandarts al had op basis van wetten, van andere richtlijnen die iets bevatten over het dossier of van jurisprudentie overzichtelijk op een rij gezet.

Een belangrijke functie van een richtlijn is het transparant maken van kwaliteit. Door de richtlijn in de praktijk toe te passen kan de tandarts laten zien dat hij/zij werk maakt van kwaliteitszorg. Omdat een richtlijn ook aangeeft hoe de professie over een bepaald onderwerp denkt, maakt hij deel uit van de professionele standaard. Dit betekent dat patiënten, maar ook tuchtcolleges of andere handhavers het gedrag van de tandarts zullen toetsen aan de richtlijn. Dit betekent niet dat een tandarts in geen enkel geval van deze richtlijn af mag wijken. Wanneer dit in het belang is van de patiënt kan en moet zelfs van de richtlijn afgeweken worden. De tandarts moet dan wel bewijzen dat afwijken in dat geval noodzakelijk was in het belang van de patiënt.

Mogelijk willen sommige tandartsen meer doen dan datgene waartoe ze al verplicht waren voor deze richtlijn opgesteld werd. Voor deze tandartsen zijn aanvullende tips opgenomen. Om er geen enkel misverstand over te laten bestaan welke zaken van de tandarts verwacht mogen worden en welke zaken als extra beschouwd worden, zijn deze extra tips opgenomen in een bijlage. De richtlijn bevat dus datgene wat van een redelijk handelende tandarts verwacht mag worden; de bijlage bevat tips die een tandarts geheel naar eigen inzicht kan toepassen of kan negeren.

Deze richtlijn is bedoeld voor de praktijkhouders en (tandarts-) medewerkers van een tandarts- en orthodontiepraktijk. Indien in de richtlijn gesproken wordt over tandartsen, tandheelkunde, tandartspraktijk e.d. dan vallen hieronder tevens de orthodontisten.

# 1 Het patiëntendossier

## 1.1 Dossierplicht

Met de inwerkingtreding van de WGBO in 1995 is de dossierplicht van onder anderen tandartsen wettelijk vastgelegd. In Artikel 7:454 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek staat: 'De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt daarin aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.'

De tandarts richt een patiëntendossier in met betrekking tot de behandeling van een patiënt.

Deze verplichting hangt nauw samen met enkele andere verplichtingen van de hulpverlener, bijvoorbeeld de, tevens in deze wet geregelde, informatieplicht van de zorgverlener. In de wetgeving is niet uitputtend aangegeven welke gegevens in dat patiëntendossier opgenomen moeten worden. Uitspraken van klachtencommissies en wettelijke tuchtcolleges en aanvullende regelgeving zoals van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) hebben deze lacune deels ingevuld. Desalniettemin zijn de exacte inhoudelijke eisen die aan een patiëntendossier worden gesteld mede afhankelijk van de concrete situatie.

De tandarts bewaart gegevens omtrent de gezondheid en de behandeling van de patiënt. De gegevens die voor een verantwoorde zorgverlening in de toekomst noodzakelijk zijn, moet de tandarts in het patiëntendossier opnemen. De tandarts beoordeelt per situatie welke gegevens hij in het patiëntendossier opneemt. Een aantal gegevens is echter verplicht.

Een zorgvuldige dossiervorming is ook van belang in het kader van:

- de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en het inzichtelijk maken daarvan;
- verantwoording en toetsbaarheid.

## 1.2 De kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en het inzichtelijk maken daarvan

Voor het kunnen leveren van een continue en kwalitatief goede tandheelkundige zorg zal een tandarts moeten kunnen beschikken over relevante gegevens omtrent eerdere onderzoeken en behandelingen van de patiënt. Deze worden vastgelegd in het patiëntendossier, dat daarmee ook een indicatie kan geven van de kwaliteit van de verleende zorg. Het formuleren van zorgdoel, zorgplan en behandelplan en behandelplan kan hier bij helpen (bijlage 2).

## 1.3 Verantwoording en toetsbaarheid

Van de tandarts mag worden verwacht dat hij bereid is verantwoording voor zijn handelen af te leggen en zich zowel naar collegae als patiënten toetsbaar op te stellen. Een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier kan daarbij behulpzaam zijn. Voorts blijkt uit jurisprudentie dat een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier van belang is in verband met de bewijslast bij juridische procedures.

## 2 Inhoud van het patiëntendossier

### 2.1 Verplichte onderdelen van het dossier

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft een aantal administratievoorschriften opgesteld (zie noot 1), waarbij vooral basale gegevens als datum contact, geleverde prestatie en behandelaar van belang zijn. Ook moet onderbouwd worden wanneer is afgeweken van de standaardprijslijst. De NZA eist bovendien een schriftelijke prijsopgave vooraf bij bedragen boven de 250 euro.

Een actueel medicatieoverzicht is noodzakelijk op grond van de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten en de LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn. Op grond van jurisprudentie (Regionaal Tuchtcollege Zwolle januari 2012) is het verplicht om de gebruikte anesthesie (materiaal) te documenteren.

Ook moeten gegevens betreffende horizontale en verticale verwijzing worden vermeld, alsmede alle uitgeschreven recepten (zie tabel 1: Lijst van verplichte onderdelen in het patiëntendossier van de tandarts).

Tabel 1 Lijst van verplichte onderdelen in het patiëntendossier van de tandarts	
Verplichte onderdelen in het patiëntendossier	Bron
Naam, adres en woonplaatsgegevens van de patiënt.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Burgerservicenummer van de patiënt.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Geboortedatum van de patiënt.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Welke zorgverlener de prestatie heeft geleverd.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
AGB-code van de declarerend zorgverlener.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Postcode van de praktijk van de zorgverlener.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
De geleverde prestatie met code.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Het gedeclareerde tarief.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Datum waarop de prestatie is uitgevoerd.	Regeling Mondzorg, NZa 2013
(Aanpassingen van) de begroting (in ieder geval > €250,-).	Regeling Mondzorg, NZa 2013
Gegevens die de tandarts met instemming van de patiënt van zijn voorganger heeft overgenomen.	WGBO Art. 7:457 BW
Medische anamnese, bijv. de ASA-scorelijst. *1	WGBO Art. 7:454 BW, lid 1 BW en jurisprudentie.
Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn.	WGBO Art. 7:454, lid 1 BW, LESA actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn, en jurisprudentie.
Uitgeschreven recepten.	WGBO Art. 7:454 BW, lid 1 BW, LESA actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn, en jurisprudentie.
Allergische reactie op toegediende of voorgeschreven medicatie.	WGBO Art. 7:454 BW, lid 1 BW, LESA actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn, en jurisprudentie.
Bevindingen van het uitgevoerde extra- en intraorale (basis-) onderzoek.	WGBO Art. 7:454 BW, lid 1 BW
Röntgenologisch onderzoek: tenminste de diagnose en in principe de indicatie en de bevindingen (noot 2).	Besluit stralingsbescherming en richtlijn tandheelkundige radiologie
Systematisch parodontaal onderzoek, bij voorkeur de DPSI (Dutch Periodontal Screening Index).	Protocol parodontale diagnostiek en behandeling
Er dient informed consent (op adequate informatievoorziening gebaseerde toestemming) worden verkregen (noot 3).*2	WGBO Artt. 7:454 BW, 448, 450 lid 1

Vastleggen dat toestemming is verleend de behandeling te delegeren aan een bepaalde hulpverlener. *3	Jurisprudentie
Gegevens in het kader van horizontale en verticale verwijzing.	WGBO Art. 7:454 BW lid 1
Gebruikte anesthesie (bijvoorbeeld: Ultracaïne, Septanest, Citanest (materiaal)).*4	Jurisprudentie
Desgevraagd verklaringen van de patiënt m.b.t. in het dossier opgenomen stukken, bijvoorbeeld naar aanleiding van een second opinion.	Art. 7:454 BW
Complicaties bij of naar aanleiding van behandelingen, zoals afgebroken vijl of perforatie.	Jurisprudentie
Zodra er vermoedens zijn van huiselijk geweld of kindermishandeling, moeten alle waarnemingen en handelingen die in dit kader zijn verricht zo feitelijk mogelijk worden genoteerd.*5	Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

\*1 Het vastleggen en actueel houden van de medische situatie van de patiënt via een gestructureerde medische anamnese vragenlijst, bijvoorbeeld volgens de EMRRA-systematiek (bron: L. Abraham-In pijn), vormt een essentieel onderdeel van een dossier. De medische anamnese kan schriftelijk door de patiënt worden ingevuld en aan het dossier worden toegevoegd (ingescanned). Ook kunnen antwoorden van de patiënt direct in het EPD worden ingevoerd.

\*2 informed consent: *op basis van adequate informatie verkregen toestemming van de patiënt – of zijn wettelijk vertegenwoordiger en/of door de patiënt schriftelijk gemachtigde – om een onderzoek te doen of een medische behandeling uit te voeren.* Bij het vullen van een caviteit of het verwijderen van tandsteen kan het voldoende zijn dat de patiënt de afspraak voor de behandeling maakt. Hieruit kan impliciete toestemming voor de behandeling worden verondersteld. Bij riskante of ingrijpende behandelingen en behandelingen met aanzienlijke kostenconsequenties is het altijd aan te raden, ook als de patiënt er niet expliciet om vraagt, schriftelijk vast te leggen dat de patiënt, op basis van de verstrekte informatie van de tandarts, heeft ingestemd met de behandeling.

\*3 Ook kan sprake zijn van impliciete toestemming. Deze mag worden afgeleid uit het feit dat de patiënt een afspraak heeft gemaakt bij de gedelegeerd hulpverlener. Voorwaarde hierbij is dat de functie van de behandelaar aan wie gedelegeerd wordt en de aard van de behandeling bij de patiënt vooraf bekend is.

\*4 De tandarts kan ook in een protocol vastleggen welke anesthesie gebruikt wordt. In dat geval hoeven alleen afwijkingen van het protocol in het dossier te worden vermeld.

\*5 De tandarts houdt in zijn patiëntendossier zorgvuldig en zo feitelijk mogelijk aantekening van (aanwijzingen voor) huiselijk geweld en kindermishandeling, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan, van de uitkomsten daarvan, van de inhoud van het overleg met collega's en/of derden, en andere stappen die in dit kader zijn gedaan.

Behalve de genoemde verplichte onderdelen van het patiëntendossier geeft de werkgroep in bijlage 1, tabel 2 een aantal tips met mogelijke, niet-verplichte onderdelen van het patiëntendossier ter overweging.

### 3 Formele aspecten van het patiëntendossier

#### 3.1 Persoonlijke werkaantekeningen

Soms leggen tandartsen en andere zorgverleners, naast de voor een goede zorgverlening noodzakelijke aantekeningen, ook werkaantekeningen vast. Persoonlijke werkaantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen, die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming en die bij de tandarts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten.

De aantekeningen zijn per definitie tijdelijk van aard en zijn niet bedoeld om onder ogen van anderen dan de tandarts te komen. Vanwege de aard van dit soort aantekeningen maken ze geen onderdeel uit van het dossier. De rechten die de patiënt met betrekking tot dossiergegevens heeft (zoals het

recht op inzage of het recht op afschrift) zijn derhalve niet op persoonlijke werkaantekeningen van toepassing.

De tandarts is zeer terughoudend met het vastleggen van persoonlijke werkaantekeningen in het patiëntendossier.

### **3.2 Beheer en eigendom van het patiëntendossier**

De dossierplicht rust ingevolge artikel 7:454 BW op de tandarts. Tenzij de tandarts in een instelling werkt, is hij 'verantwoordelijk' voor het dossier, in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), en dient hij het dossier, gedurende tenminste 15 jaar, in stand te houden en te beheren.

De individuele tandarts (of de instelling) bewaart het dossier en is verantwoordelijk voor de opslag ervan. Een tandarts of een instelling die computerapparatuur huurt, dient ook te kunnen beschikken over de gegevens wanneer de huur van de apparatuur is beëindigd. Dit kan bijvoorbeeld door een backup 'in the cloud' of op een gegevensdrager die eigendom is van de tandarts of instelling.

### **3.3 Overdracht patiëntendossier bij praktijkbeëindiging**

#### **3.3.1 Een opvolger neemt de praktijk over**

Als een tandarts (plotseling) stopt met zijn praktijk zou het voor de hand liggen dat zijn opvolger de bewaarplicht voor de betreffende patiënten over neemt. Overdracht van dossiers naar een opvolger kan echter problemen opleveren wanneer een patiënt alsnog een procedure start tegen de oude tandarts. Wanneer de oude tandarts niet meer beschikt over het dossier is deze gehandicapt in zijn verdediging. Dit geldt zeker wanneer een deel van het dossier tijdens, of na de overdracht verloren is gegaan. Daarbij kan in het laatste geval ook de continuïteit van zorg in gevaar komen. Daarom dient de tandarts altijd bij praktijkoverdracht het originele patiëntendossier achter te houden en een kopie te verstrekken aan de opvolgende tandarts. (Centraal tuchtcollege 8 mei 2012). Wenst de patiënt niet dat de tandarts nog een dossier van hem houdt, dan kan hij immers gebruik maken van zijn vernietigingsrecht. Wanneer een tandarts, zonder een verzoek hierom van de betreffende patiënten kopieën van dossiers overdraagt aan derden, dan dient hij dit te voren aan de betreffende patiënten mee te delen en hen die bezwaar hebben tegen de overdracht in de gelegenheid te stellen zelf een kopie in ontvangst te nemen. Dit kan door een individuele brief aangevuld met een advertentie.

#### **3.3.2 Geen opvolger in de praktijk**

In de praktijk kan zich het probleem voordoen dat er geen opvolger voor de praktijk gevonden kan worden. De tandarts die zijn praktijk neerlegt blijft dan zelf verantwoordelijk voor de patiëntendossiers die in zijn praktijk achterblijven. Problematischer is het als de tandarts zelf niet meer in staat is om de patiëntendossiers te beheren, er geen opvolger is en de patiënten het patiëntendossier niet kunnen ophalen. Om deze laatste situatie zoveel mogelijk te voorkomen dient de tandarts tijdig te regelen waar en door wie zijn dossiers bewaard zullen worden als hij daar zelf niet in staat toe is. Deze plicht vloeit voort uit de wettelijke plicht om dossiers te bewaren.

In het algemeen wordt aangenomen dat een tandheelkundig dossier overgedragen kan worden aan een andere tandarts. Waarbij dan ook de bewaarplicht op die tandarts overgaat. Uit een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen van mei 2012 zou echter afgeleid kunnen worden dat de bewaarplicht niet overgaat naar een opvolgende tandarts en dat de tandarts daarom een kopie moet verstrekken aan zijn of haar opvolger en het originele dossier zelf moet bewaren.

#### **3.3.3 Overdracht patiëntendossier bij verandering van tandarts**

Uit de zorg van een goed hulpverlener en uit artikel 7:456 BW vloeit voort dat de tandarts op verzoek van de patiënt een kopie van het dossier aan de nieuwe tandarts ter beschikking stelt.



Dit met uitzondering van de gegevens van iemand anders en de persoonlijke werkaantekeningen van de tandarts.

In verband met deze eerder genoemde bewaarplicht is het onwenselijk wanneer het originele dossier overgedragen wordt, zeker wanneer de tandarts hier zelf geen kopieën van behoudt. (Centraal tuchtcollege 8 mei 2012). Wenst de patiënt niet dat de tandarts nog een dossier van hem houdt, dan kan hij immers gebruik maken van zijn vernietigingsrecht.

De tandarts stelt op verzoek van de patiënt het dossier aan de nieuwe tandarts ter beschikking.

### 3.4 Digitaliseren van papieren patiëntendossiers en documenten

De WGBO stelt geen inhoudelijke eisen aan de wijze waarop een patiëntendossier wordt ingericht of vormgegeven. De dossierplicht houdt in dat de betreffende tandarts relevante informatie noteert. Over de wijze waarop dat gebeurt, bevat de wet geen voorschriften. Dit betekent dat een tandarts ook een scan van een origineel als dossierstuk mag opslaan. Belangrijk is wel dat dossiergegevens, dus ook een opgeslagen scan, voldoende toegankelijk en raadpleegbaar moeten zijn en blijven. Ook gelet op de levensduur en elektronische toegankelijkheid van gegevensdragers.

Papieren patiëntendossiers en andere dossierstukken mogen, nadat ze digitaal zijn opgeslagen, vernietigd worden.

### 3.5 Bewaartermijnen

In de WGBO is bepaald dat medische gegevens die in het patiëntendossier zijn opgenomen voor een periode van vijftien jaar bewaard moeten worden. De periode van vijftien jaar begint volgens de wet te lopen op het moment dat de gegevens zijn vervaardigd.

Medische dossiers worden volgens de wet tenminste gedurende vijftien jaar bewaard.

Van deze hoofdregel, vijftien jaar bewaren, mag afgeweken worden als het langer bewaren van medische gegevens 'redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener' voortvloeit. Bijvoorbeeld als de tandarts alleen in staat is goede (continue) zorg te (blijven) bieden als hij kan beschikken over alle dossiergegevens. Verdedigbaar is tevens dat de tandarts, uit het oogpunt van goed hulpverlenerschap, de gegevens langer bewaart gegeven de noodzaak van tandheelkundige gegevens bij de forensische odontologie.

Langer bewaren moet, indien dit uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

## 3.6 De wet en een elektronisch patiëntendossier

### 3.6.1 Privacybelang

In de gezondheidszorg is er overwegend sprake van het gebruik van elektronische patiëntendossiers (EPD). De verwachting is dat binnen zeer korte tijd alle papieren patiëntendossiers zullen zijn vervangen door elektronische patiëntendossiers. Het privacybelang van de patiënt zal echter onverkort bewaakt moeten blijven (noot 4).

De voornaamste knelpunten in de uitvoering van de bewaartermijn uit de WGBO en de rechten van de patiënt staan in de volgende paragraaf verwoord, geïnventariseerd voor de huidige en toekomstige situaties met elektronische patiëntendossiers.

De tandarts dient bij gebruik van elektronische patiëntendossiers onverkort te waken over het privacybelang van de patiënt.

### 3.6.2 Het vernietigen van informatie in een EPD

Geconstateerd kan worden dat vernietiging zoals de WGBO dat vereist, technisch (nog) niet mogelijk is met een elektronisch patiëntendossier. In afwachting van de ontwikkeling en implementatie van nieuwe technieken, is het voorstel om bij gebruik van een elektronisch patiëntendossier vernietiging vooralsnog te ondervangen met regels van een Goed Beheerd EPD. Immers van een tandarts kan niet meer worden gevraagd dan het leveren van een inspanning om met behulp van beschikbare programmatuur gegevens te vernietigen.

## 4 Patiëntenrechten met betrekking tot het patiëntendossier

### 4.1 Inzage en afschrift van het dossier

Artikel 7:456 bepaalt: “De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. De hulpverlener mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen”.

De patiënt heeft recht op inzage in en afschrift van zijn patiëntendossier.

In de WGBO is aan de patiënt het recht toegekend op inzage in en afschrift van zijn patiëntendossier. Het recht van de patiënt op kennisneming van de gegevens, die over hem worden opgeslagen heeft een fundamenteel karakter. Dit betekent onder andere dat het de patiënt niet onthouden mag worden zijn patiëntendossier in te zien en/of daarvan een kopie op te vragen.

### 4.2 Afschrift en de kosten daarvan

De tandarts mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen (bijlage 3).

### 4.3 Verklaring toevoegen aan dossier

Artikel 7: 454 lid 2 bepaalt: “De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe”.

De patiënt heeft recht op aanvulling van zijn dossier.

Op verzoek van de patiënt voegt de tandarts een door de patiënt afgegeven verklaring aan het patiëntendossier toe, die betrekking heeft op de in het patiëntendossier opgenomen stukken, bijvoorbeeld naar aanleiding van een second opinion. De patiënt kan daarmee bijvoorbeeld zijn eigen visie in het patiëntendossier laten opnemen. Ook als de tandarts het niet eens is met de verklaring van de patiënt moet die verklaring opgenomen worden in het patiëntendossier

### 4.4 Recht op verwijdering en vernietiging

Artikel 454 lid 1 en 2 BW. Lid 1: “De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden, bedoeld in artikel 454, binnen 3 maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt”.

De patiënt heeft in principe recht op vernietiging van (delen van) zijn dossier.

Aangeraden wordt het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit schriftelijke verzoek te bewaren. Degene die verantwoordelijk is voor het beheer van het patiëntendossier moet binnen drie maanden aan het verzoek gehoor geven, tenzij er sprake is van een uitzondering op het vernietigingsrecht.

#### **4.5 Uitzondering op het vernietigingsrecht**

Op het recht op vernietiging bestaan drie uitzonderingen:

- A. Een andere wet schrijft een afwijkende bewaartermijn voor waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden.
- B. Een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens (bijvoorbeeld de hulpverlener zelf of een beroepsbeoefenaar die voor deze werkzaam is, in geval de patiënt een gerechtelijke procedure tegen hem heeft aangespannen, of voor een nakomeling van de patiënt in geval deze een erfelijke ziekte heeft).
- C. Goed hulpverlenerschap staat de vernietiging in de weg.

Aangenomen wordt dat wanneer een patiënt verzoekt om vernietiging van een patiëntendossier hij later in een eventuele procedure geen beroep meer op dat patiëntendossier kan doen.

Een verzoek tot vernietiging kan echter nooit gelden voor de financiële gegevens. De fiscus hanteert hiervoor een eigen bewaartermijn van zeven jaren.

#### **4.6 De rechten van de patiënt en het EPD**

De rechten van een patiënt gelden zowel in een papieren als in een elektronische omgeving. De inhoud van het recht verandert niet, wel is het mogelijk dat de uitvoering in een elektronische omgeving anders uitwerkt. Het recht op inzage en afschrift, het recht op aanvulling, correctie en afscherming zijn onverminderd van toepassing en geldig. Bij het recht op vernietiging moet duidelijk zijn dat in een elektronische omgeving daadwerkelijke definitieve vernietiging (nog) niet mogelijk is.

## Noten

### Noot 1 Administratievoorschriften NZa (Uit: Regeling Mondzorg, NZa 2013)

Zorgaanbieders voeren een administratie van uitgevoerde prestaties, zodanig dat telling mogelijk is van gerealiseerde prestaties en de daarvoor gehanteerde tarieven in enige periode. Zorgaanbieders registreren in ieder geval per prestatie:

1. de geleverde prestatie met code;
2. het gedeclareerde tarief;
3. de datum waarop de prestatie is uitgevoerd;
4. de naam- adres en woonplaatsgegevens van de patiënt;
5. het Burgerservicenummer van de patiënt;
6. de geboortedatum van de patiënt;
7. welke zorgverlener de prestatie heeft geleverd;
8. de AGB-code van de declarerend zorgaanbieder;
9. de postcode van de praktijk van de zorgaanbieder;

### Noot 2 Röntgenopname

Zowel de indicatie tot de röntgenopname (rechtvaardiging) en de uitkomst van de interpretatie van die opname moeten in principe worden vermeld in het patiëntendossier. Bij solo- of bitewing foto's is het niet altijd noodzakelijk om de bevindingen in het patiëntendossier vast te leggen. Vaak is hier sprake van het maken van een opname in directe samenhang met de behandeling (opsporen pijnklachten, lengtebepalingen). Dat zelfde geldt voor foto's die met een bepaalde individuele frequentie gemaakt worden bijvoorbeeld ten behoeve van cariësonderzoek. Wanneer sprake is van waarnemingen die bij toeval op de opname zichtbaar zijn, is het vastleggen van bevindingen in het patiëntendossier wel aangewezen.

De indicatie tot de röntgenopname (rechtvaardiging) en de uitkomst van de interpretatie van OPG, CBCT- en RSP-opnamen moeten altijd worden vermeld in het patiëntendossier.

In het patiëntendossier worden waarnemingen vastgelegd die bij toeval op de opname zichtbaar zijn en die nader onderzoek en/of behandeling vereisen.

Dit betreft ook waarnemingen die buiten het deskundigheidsgebied van de zorgverlener vallen, maar waarvoor verwijzing naar een andere zorgverlener wenselijk is.

### Noot 3 Informed consent

Een deugdelijk informed consent wordt verkregen na informatie omtrent:

- de situatie die aanleiding geeft tot de behandeling/het behandelplan, inclusief de hulpvraag;
- de betekenis van de behandeling/het behandelplan bij voorkeur binnen het zorgplan dat voor de patiënt is opgesteld cq de bijdrage die de behandeling levert aan het bereiken van het zorgdoel);
- de (zelfzorg)bijdrage die van patiënt verwacht wordt om het resultaat van het voorgestelde behandelplan duurzaam succesvol te laten zijn cq zorgdoel te bereiken;
- de voor- en nadelen van de het voorgestelde behandelplan ten opzichte van mogelijke (relevante) alternatieven;
- de eventuele risico's van de voorgestelde behandeling / het voorgestelde behandelplan.

Ook kan er voor worden gekozen in het patiëntendossier een plaats te geven aan een checklist inzake informed consent, die in de daarvoor in aanmerking komende gevallen per patiënt of behandeling kan worden nagelopen en ingevuld. Men kan de patiënt dan een kopie geven van de checklist. Op een dergelijke checklist zou ruimte moeten zijn om (beknopte) aantekeningen te maken betreffende:

- de gegeven informatie;
- het verloop van het ziektebeeld;
- aanvullende informatie die aan de patiënt is meegegeven;
- eventuele verwijzingen;
- contactpersoon bij wilsonbekwame patiënt;
- aanwezigheid familie/partner bij het gesprek.

#### **Noot 4 Normen aan informatiebeveiliging**

Met de invoering van NEN 7510 zijn meetbare normen verbonden aan het beveiligen van patiëntgegevens. Met de KNMT-checklist informatiebeveiliging mondzorg 1 kunt u zelf inventariseren in welke mate uw praktijk voldoet aan de bestaande eisen met betrekking tot informatiebeveiliging.

---

1 Te raadplegen via: <http://www.knmt-informatiebeveiliging.nl/Wizard.aspx?id=c2179bbcb5388ade8ec353ecf223612b229d175a>

## Bijlagen

### Bijlage 1 Te overwegen onderdelen van het patiëntendossier

Behalve de genoemde verplichte onderdelen van het patiëntendossier geeft de projectgroep ter overweging het patiëntendossier zo in te richten dat het handelen van de tandarts toetsbaar is. Bij iedere behandeling moet duidelijk zijn dat deze past in een lange termijn behandelplan. Om dit te realiseren verdient het aanbeveling het dossier zodanig in te richten dat iedere (mogelijke) behandelaar op eenvoudige wijze inzicht kan verkrijgen in de in tabel 2 opgenomen mogelijke, niet-verplichte onderdelen.

**Tabel 2 Lijst van mogelijke, niet-verplichte onderdelen van het patiëntendossier**

Tabel 2 Mogelijke, niet-verplichte onderdelen in het patiëntendossier
a. Het beoogde zorgdoel /zorgrichting en eventuele aanpassing daarvan met de reden (zie bijlage 2).
b. Persoonlijke risico's (medisch en tandheelkundig, zoals cariërisico, parodontaal risico, slijtagerisico etc).
c. De vastgestelde controletermijnen n.a.v. de risicoanalyses en het zorgdoel.
d. De te verrichten diagnostiek (soort/planning) om schadelijke processen op te sporen en/of te monitoren (Bijvoorbeeld foto's, bloedingsindex, speekseltest).
e. Stand van zaken m.b.t. het behandelplan.
Het verdient aanbeveling om bij periodieke controle vast te leggen:
f. Resultaten van anamnese en onderzoek (incl. indicatie en resultaten aanvullend onderzoek zoals bacteriologisch onderzoek).
g. Diagnose(s), etiologie en wijziging van het risicoprofiel.
h. Prognose: wordt het zorgdoel gehaald of dient het bijgesteld te worden?
i. Controletermijn(en) aanpassen aan wijziging van het risicoprofiel en/of zorgdoel.
j. Is de zelfzorg van de patiënt en/of ondersteuning adequaat of dient dit bijgesteld te worden?
k. Het gebruikte materiaal.
l. In geval van complexe behandelingen kan het raadzaam zijn de onderzoeks- en behandelingsmodellen (of foto's behandelingsmodellen) te bewaren.
m. Huisarts van de patiënt en andere relevante zorgverleners.

## **Bijlage 2 Zorgdoel, zorgplan & behandelplan**

Het zorgplan geeft voor de individuele patiënt een overzicht van diagnostische ondersteunende, preventieve en/of curatieve (be)handelingen, die moeten leiden tot het behalen van het zorgdoel. Het zorgplan geeft bij voorkeur ook de achtergronden van deze handelingen: (samenvatting van) de uitgangssituatie (diagnoses), risico-analyse en prognose.

Het zorgdoel is de omschrijving van de mondgezondheidssituatie die voor de individuele patiënt voor (ten minste) een bepaalde (en langere) periode wordt nagestreefd. Het zorgdoel wordt door tandarts en patiënt geformuleerd, rekening houdend met wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Het zorgdoel moet haalbaar zijn en moet zo zijn omschreven dat vastgesteld kan worden in hoeverre het doel bereikt wordt of gaat worden.

Indien (nog) onvoldoende informatie beschikbaar is om een concreet zorgdoel vast te stellen, kan voorlopig worden volstaan met het formuleren van een (minder specifieke, 'bredere') zorgrichting. Deze richting kan/moet worden gespecificeerd ('vernauwd') tot een zorgdoel zodra meer informatie beschikbaar is omtrent de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en/of diens gebitssituatie. Een behandelplan is de omschrijving van specifieke ondersteunende, preventieve en/of curatieve handelingen, die (bij voorkeur in het kader van een zorgplan) in een relatief korte periode worden verricht om specifieke problemen op te lossen of te voorkomen.

## **Bijlage 3 De prijs van een afschrift**

In de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is het recht op afschrift opgenomen. Op grond van dit recht kan een patiënt (of met machtiging diens vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een advocaat) verzoeken om een afschrift van (een gedeelte van) het medisch dossier dat over hem of haar door een hulpverlener is aangelegd. Als een patiënt om een afschrift verzoekt, moet dit door de hulpverlener in beginsel altijd worden verstrekt. Daarop bestaat echter een uitzondering als de verstrekking van een afschrift de privacy van een ander in gevaar zou brengen.

Voor het verstrekken van een afschrift kan (dit hoeft niet) een hulpverlener op grond van de WGBO een redelijke kostenvergoeding vragen. Aangezien de meeste medische dossiers systematisch toegankelijk zijn – voor zover ze al niet in geautomatiseerde vorm worden bijgehouden - is ook de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) van toepassing. Ingevolge het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene WBP' zijn de volgende tarieven vastgelegd voor het verstrekken van één of meer afschriften:

Voor het verstrekken van afschriften van dossiergegevens kan per pagina maximaal € 0,23 in rekening worden gebracht, met een maximum van € 5,00 per verzoek (Art. 2 Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene Wbp).

In afwijking van Art. 2 kan in bijzondere gevallen ten hoogste €22,50 in rekening worden gebracht. Het gaat dan om:

- een mededeling van meer dan 100 pagina's;
- een mededeling die vanwege de aard van de verwerking, moeilijk toegankelijk is. Het gaat hier om 'moeilijke toegankelijkheid in technische zin'. Een voorbeeld: gegevens die worden vastgelegd op microfilm kunnen pas worden verstrekt nadat enige bewerking is verricht: opzoeken, vergroten en vervolgens afdrucken. Het feit dat een dossier niet door de verantwoordelijke zelf wordt bewaard maar bij een derde, is geen 'moeilijke toegankelijkheid' in technische zin en rechtvaardigt geen vergoeding op basis van deze bepaling in het Besluit;
- Een mededeling die bestaat uit afdrucken van één of meer röntgenfoto's.

Als voor het verstrekken van een afschrift verschillende criteria voor het berekenen van de vergoeding van toepassing zijn, worden deze niet bij elkaar opgeteld maar wordt alleen de hoogste vergoeding in rekening gebracht.



## Literatuur

Besluit van 13 juni 2001 tot vaststelling van de vergoeding van de kosten als bedoeld in de artikelen 39 en 40 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Staatsblad 2001, 305)

Witmer JM en de Roode RP. Van wet naar praktijk, Implementatie van de WGBO, deel 1 t/m4. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2004.

Verwijtbaar (?) tandheelkundig handelen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006

Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2005

KNMT-praktijkrichtlijn Patiëntendossier. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde, 2002

KNMT-praktijkrichtlijn Opvang tandheelkundige spoedgevallen buiten  
Praktijkuren Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot  
bevordering der Tandheelkunde, 2012

Criteria voor tandartsenzorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten  
Consumenten Federatie (NPCF), 2003

Gedragsregels voor tandartsen. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der  
Tandheelkunde, 2004

Christiaans-Dingelhoff I, Hubben JH. De Tandarts in de tuchtrechtspraak 1994-2001. Den Haag: SDU  
Uitgevers BV, 2002

Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, januari 2010.

Nederlandse Zorgautoriteit. REGELING NR/CU-708. Regeling mondzorg, 1 januari 2012.

Zichtbare Mondzorg. Indicatorset Zichtbare Mondzorg voor uitvraag in 2012. Project Zichtbare  
Mondzorg, 2012.

NEN 7510: 2011. 'Medische informatica - Informatiebeveiliging in de zorg – Algemeen.' Delft:  
Nederlands Normalisatie-instituut, 2011.

Nederlandse Vereniging voor Parodontologie. Protocol parodontale diagnostiek en behandeling.  
Avenhorn: NVVP, 2011.

Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, KNMG, januari 2010.