

Checklist

Verplichte onderdelen van het patiëntendossier

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Naam, adres en woonplaatsgegevens van de patiënt. |
| <input type="checkbox"/> | Geboortedatum van de patiënt. |
| <input type="checkbox"/> | Zorgverlener die de prestatie heeft geleverd. |
| <input type="checkbox"/> | AGB-code van de declarerend zorgaanbieder. |
| <input type="checkbox"/> | Postcode van de praktijk van de zorgaanbieder. |
| <input type="checkbox"/> | Geleverde prestatie met code. |
| <input type="checkbox"/> | Gedeclareerde tarief. |
| <input type="checkbox"/> | Datum waarop de prestatie is uitgevoerd. |
| <input type="checkbox"/> | Aanpassingen van de begroting (in ieder geval > €250,-) |
| <input type="checkbox"/> | Burgerservicenummer van de patiënt. |
| <input type="checkbox"/> | Gegevens die de tandarts met toestemming van de patiënt van zijn voorganger heeft overgenomen. |
| <input type="checkbox"/> | Zorgdoel, zorgplan, behandelplan en eventuele aanpassingen daarvan met de reden, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. |
| <input type="checkbox"/> | Medische anamnese. |
| <input type="checkbox"/> | Actueel medicatieoverzicht. |
| <input type="checkbox"/> | Door de tandarts uitgeschreven recepten. |
| <input type="checkbox"/> | Allergische reactie op toegediende of voorgeschreven medicatie, voor zover bekend. |
| <input type="checkbox"/> | Bevindingen van het uitgevoerde extra- en intraorale (basis)onderzoek. |
| <input type="checkbox"/> | Gegevens met betrekking tot röntgenonderzoek: <ul style="list-style-type: none">- Indicatie voor de opname; indicerende tandarts moet herleidbaar zijn.- Bevindingen die op de opname zijn geconstateerd en de waarnemingen die op deze opnamen zichtbaar zijn en die buiten het deskundigheidsgebied van de zorgverlener vallen, maar waarvoor verwijzing naar een andere zorgverlener nodig of wenselijk is.- Zorgverlener die de opname heeft gemaakt.- Soort röntgenopname. |
| <input type="checkbox"/> | Uitkomst van systematisch parodontaal onderzoek, bij voorkeur PPS (Periodiek Parodontaal Screenen) |
| <input type="checkbox"/> | Informed consent. |
| <input type="checkbox"/> | Verleende toestemming dat de behandeling is gedelegeerd aan een bepaalde hulpverlener. |
| <input type="checkbox"/> | Gegevens in het kader van horizontale en verticale verwijzing. |
| <input type="checkbox"/> | Gebruikte anesthesie en hoeveelheid. |
| <input type="checkbox"/> | Desgevraagde verklaringen van de patiënt met betrekking tot in het dossier opgenomen stukken, bijvoorbeeld naar aanleiding van een second opinion. |
| <input type="checkbox"/> | Alle waarnemingen en handelingen die in het kader van vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling zijn bericht. |
| <input type="checkbox"/> | Aard en toedracht van een incident, tijdstip van het incident en de namen van de betrokken zorgverleners bij incidenten in de zorgverlening met (mogelijke) merkbare gevolgen voor de patiënt. |