

B-35-1876 1/022




PMJV
EGYESÍTETT
EGÉSZSÉGÜGYI
INTÉZMÉNYEK


**Pécs Megyei Jogú Város
Egyesített Egészségügyi Intézmények**

EFÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ VEZETÉSÉNEK ELJÁRÁSRENDJE

Készítette:


Ribarics Ildikó
egészségügyi menedzser
2022.10.14.

Felülvizsgálta:


Hideg Balázs
adatvédelmi tisztviselő
2022.10.21.


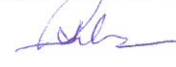
Jóváhagyta:


**Szentivánszkiné Dr. Örkényi
Anna**
főigazgató
2022.10.27.



A dokumentáció kódja:	ER 01
Változat száma:	1.0
Oldalak száma:	7
Mellékletek száma:	2
Érvénybelépés időpontja:	2022. 10. 28.

MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE

Módosította Aláírás/dátum	Változat száma	Módosított oldalszám	Jóváhagyta Aláírás/dátum	Kibocsátás időpontja
 Ribarics Ildikó	ER EEI 01	A 2013 évtől hatályos betegdokumentáció vezetésének eljárásrendjét váltja fel	 2022. 10. 27.	2022. 10. 28.

1. Cél

Az eljárásrend szabályozza az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjét a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények (továbbiakban: PMJV EEI) valamennyi szervezeti egységében.

2. Érvényesség

Az eljárásrend a PMJV EEI valamennyi szervezeti egységében ellátott személy egészségügyi dokumentációjának vezetése során alkalmazandó

3. Felelősség

Az eljárásrendben foglaltak betartásáért valamennyi az eljárásban/tevékenységben résztvevő személy-, betartatásáért és ellenőrzéséért – kompetencia körében – a Klinikai Központ vezetése, helyben pedig a klinikaigazgató/intézetvezető/tanszékvezető és az ápolásszakmai igazgató-helyettes felelnek.

4. Kapcsolódó dokumentumok, hivatkozások

- 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 335/2005. (XII.29.) Korm. rendelet a közfeladatot ellátó szervek iratkezelésének általános követelményeiről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (Infotv.)
- (EU) 2016/679 az Európai Parlament és Tanács rendelete a természetes személyeknek és személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról (általános adatvédelmi rendelet)
- 39/2016. (XII.21.) EMMI rendelet az Elektronikus Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról
- 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok 2.0 kézikönyv
- Adatvédelmi Szabályzat
- Iratkezelési Szabályzat
- Informatikai Biztonsági Szabályzat
- Szervezeti egységek Működési Rendjei
- Járóbeteg ellátás eljárásrendje

5. Szakmai fogalom meghatározás

Egészségügyi dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás, gyógykezelés során a betegellátó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyes adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

Egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

Személyazonosító adat: a családi és utónév, leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, a társadalombiztosítási azonosító jel (a továbbiakban: TAJ szám) együttesen vagy ezek közül bármelyik, amennyiben alkalmas vagy alkalmas lehet az érintett azonosítására.

Különleges adat: a személyes adatok különleges kategóriába tartozó minden adat, azaz a faji vagy etnikai származásra, politikai véleményre, vallási vagy világnézeti meggyőződésre vagy szakszervezeti tagságra utaló személyes adatok, valamint a genetikai adatok, a természetes személyek egyedi azonosítását célzó biometrikus adatok, az egészségügyi adatok és a természetes személyek szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó személyes adatok.

Álnevesítés: személyes adat olyan módon történő kezelése, amely – a személyes adattól elkülönítve tárolt – további információ felhasználása nélkül megállapíthatatlanná teszi, hogy a személyes adat mely érintettre vonatkozik, valamint műszaki és szervezési intézkedések megtételével biztosítja, hogy azt azonosított vagy azonosítható természetes személyhez ne lehessen kapcsolni.

6. Környezet

6.1. Az eljárás kivitelezésének helye

A PMJV EEI valamennyi szervezeti egysége:

- diagnosztikai egységek,
- járó beteg szakrendelések
- gondozók
- terápiás egységek
- recepció
- védőnői szolgálat
- iskola-egészségügyi szolgálat
- anyatejgyűjtő állomás
- háziorvosi ügyelet

6.2. Az eljárás kivitelezésében résztvevők köre

- orvos
- nem egészségügyi diplomások egészségügyben
- szakdolgozó
- adminisztrátor

6.3. Infrastruktúra – munkakörnyezet, biztonsági feltételek

A szervezeti egységekben döntő részt elektronikusan – Phoenix egészségügyi informatikai rendszerben – kisebb részt papír alapon rögzítik a beteg egészségügyi dokumentációját. A diagnosztikai vizsgálatok képi dokumentáció feldolgozása és megjelenítése a PACS informatikai rendszeren keresztül, a leletezés az egészségügyi informatikai rendszerben történik.

2017. november 1-től az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények adatszolgáltatást végeznek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) adatbázisába.

7. Tevékenység szabályozása

7.1. Általános rendelkezések

- Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát, továbbá az információk időrendi sorrendben kerüljenek rögzítésre.
- Tartalmazza a betegellátással kapcsolatos objektív bizonyítékként szolgáló feljegyzéseket és a tájékozott beleegyezésről szóló nyilatkozatot.
- Az egészségügyi dokumentáció és az egészségügyi adatok legyenek hozzáférhetőek a jogosultak részére kezelésük, tárolásuk ideje alatt, az adatvédelem feltételeinek biztosításával.
- Számítógépes adatrögzítés, adatkezelés esetén meg kell határozni a hozzáférési jogosultsági szinteket. A hozzáférés igénylés folyamatát a Finanszírozási és Informatikai Osztály végzi.
- Az egészségügyi dokumentációnak tartalmazni kell a beteg azonosítására alkalmas, legalább 3 személyazonosító adatot.
- Az egészségügyi dokumentációt egyedi azonosítóval kell ellátni, mely biztosítja a beteg és dokumentációjának egyértelmű kapcsolatát.
- Az adatok kezelésénél a személyes adatok védelmére vonatkozó előírások betartása kötelező az Adatvédelmi Szabályzatában foglaltak szerint.
- A kézzel írt egészségügyi dokumentáció vezetésénél az olvashatóságot biztosítani kell, továbbá a dokumentációt tartós írásképet adó eszközzel kell vezetni.
- A rövidítések használata szakmailag elfogadott, azonban az azonosíthatóságuk biztosítása érdekében jóváhagyott rövidítés lista alkalmazása szükséges.
- Adatmódosítás (tévesztés, vagy más ok miatt) csak úgy végezhető, hogy az eredeti adat megállapítható legyen. Tilos az olyan javítás, ami az érvénytelenített bejegyzést megsemmisíti, vagy olvashatatlanná teszi. Javításnál egy vonallal történő áthúzás, illetve zárójel alkalmazható, a módosítást kézjeggyel, dátummal el kell látni, illetve elektronikus adatkezelés esetén a bejegyzést végző egyértelmű azonosítását és a bejegyzés naplózását a rendszernek biztosítani kell.
- A bejegyzéseket aláírással, dátummal, illetve orvosi bélyegzőlenyomattal el kell látni a hitelesítés és a nyomonkövethetőség biztosítása érdekében.
- A beteg kérésére az álnevesítés lehetősége biztosított az e-MedSolution integrált egészségügyi informatikai rendszerben.
- Az elektronikus módon vezetett egészségügyi dokumentáció teljes mértékben megfelel standardizált formai és tartalmi követelményeinek.
- A betegellátó egységek Bizonylati album tartalmazzák a helyileg alkalmazott egészségügyi dokumentumokat.

7.2. Egészségügyi dokumentációban kötelezően feltüntetendő adatok/bejegyzések

- a beteg személyazonosító adatait, figyelembe véve a betegazonosítás szabályait,
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, valamint - ha a beteg kéri - a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogató nevét, lakcímét, elérhetőségét, továbbá kiskorú, illetve a cselekvőképességet részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, kórtörténetet,
- a beteg panaszait,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist, a gyógykezelési tervet és az azt megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- ápolási anamnézist, ápolási diagnózist, ápolási tervet, ápolási beavatkozásokat és az ápolás értékelését,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, kísérőbetegségeket és szövődményeket,

- egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a belegegyezés, illetve az ellátás visszautasításának tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

7.3. Egészségügyi dokumentáció részeként megőrzendő:

- az orvosi dokumentáció,
- a belegegyező nyilatkozatok, betegtájékoztatók,
- az egyes vizsgálatokról készült leletek,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratok,
- a képkötő diagnosztikus eljárások felvételei,
- az objektív bizonyítékként szolgáló feljegyzések,
- állapot-felmérési eredmények,
- szakvélemények.

7.4. Az egészségügyi dokumentáció tárolása, selejtezése

Az egészségügyi dokumentáció tárolási rendszerét a törvény előírásainak és az Intézmény lehetőségeinek figyelembevételével, a gyógyító-megelőző munkához, a szervezeti egységben kialakult munkarendhez kell illeszteni.

A dokumentáció tárolását három szinten célszerű kialakítani:

„A” szint: Napi tevékenységgel kapcsolatos dokumentumtárolás. Javasolt helye: a szervezeti egységben erre kijelölt helyen és módon.

„B” szint: Közepes időtartamú archív tárolás 2-től 48 hónapos időszakra. Javasolt helye: a telephelyen kialakított közepes időtartamú archív tároló, kórlaptároló. Cél a dokumentumok biztonságos és könnyen kezelhető tárolása, a hozzáférés, továbbá a visszakereshetőség biztosítása.

Az adatvédelmi szabályokat figyelembe véve, a betegdokumentáció tárolására szolgáló helyiséget minden esetben zárni kell. A helyiség egyik kulcsát a portán kell elhelyezni. A biztonsági kulcsot csak tűz esetén lehet használni. A kórlaptárolóba csak az illetékes dolgozók léphetnek be. A polcokon időrendi sorrendbe kell elhelyezni a dokumentumokat, és azt jól láthatóan kell jelölni.

Visszakeresés esetén: a kivett kórlap/betegkarton tényét egy erre kialakított regiszteres füzetben dokumentálni kell, feltüntetve a kivétel dátumát, felhasználó egység- és az elvivő személy nevét.

A polcok rendezése az adott szakrendelő és adminisztrátor feladata.

„C” szint: Hosszú időtartamú archív tárolás (az emissziót követő 48 hónap utáni ellátási események dokumentumai). Javasolt helye: centralizáltan a központi irattárban.

A dokumentáció megőrzésénél – a jogszabályi előírások betartása mellett – az állagmegóvásról is gondoskodni kell.

A megőrzési idő lejártá után a dokumentumok selejtezése során biztosítani kell, hogy illetéktelen kézbe ne kerüljön olyan információ, mely sértheti az intézmény, illetve más jogi vagy természetes személy érdekeit.

Levéltárnak történő átadásnál a bizonyítékként szolgáló átadási jegyzőkönyvet központilag iktatva kell megőrizni. Az archiválás folyamatára az Iratkezelési Szabályzatában foglaltak az irányadók.

A legjelentősebb egészségügyi dokumentumok megőrzési ideje:

ER EEI 01	Egészségügyi dokumentáció vezetésének eljárásrendje 1.0
------------------	--

Dokumentum	Megőrzési idő
Képkötő diagnosztikai eljárással készült felvételek	10 év
Képkötő vizsgálat leletei	30 év
Járóbeteg dokumentáció, vizsgálatkérő lap	30 év

8. Fizioterápiás betegdokumentáció

Vezetésére vonatkozó szabályozást az „ER 01/M01 A fizioterápiás betegdokumentáció vezetése” című melléklet tartalmazza.

9. Dietetikai betegdokumentáció

Vezetésére vonatkozó szabályozást az „ER 01/M02 A dietetikai betegdokumentáció vezetése” című melléklet tartalmazza.

10. Kúraszerű infúziós terápia betegdokumentációs rendje

A dokumentációk vezetésének rendjét, és a dokumentáció **MU NEURO 1.0- Kúraszerű infúziós terápia** munkautasítás tartalmazza

11. Kisműtétek (szemészeti, sebészeti, bőrgyógyászati stb.) betegdokumentációs rendje

A műtéti ellátásra szoruló beteg állapotfelmérése alapján készített ellátási tervnek, a betegdokumentációba szerepelni kell, feltüntetve a preoperatív diagnózist is.

A műtéti beavatkozás leírása, a leletek, az esetleges mintavétel, az operatőr és az asszisztensek nevét dokumentálni szükséges – műtétet követően közvetlen – a szakmai előírás szerint, a dokumentációban feltüntetve a posztoperatív diagnózist.

Fel kell tüntetni a beteg fiziológiai státuszát a műtét alatt és a beavatkozást követően.

A műtéti beavatkozás után készített módosított orvosi tervet és eredményét szerepeltetni kell a beteg dokumentációjában.

12. Járóbeteg szakellátás dokumentációs rendje

A járóbeteg szakellátást az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet szabályozza.

A járóbeteg szakellátáson megjelent páciens adatai elektronikusan az egészségügyi informatikai rendszerbe kerülnek rögzítésre. Az ellátás során ambuláns lap készül, mely tartalmazza:

- a beteg személyes adatait,
- az eset egyedi azonosítóját,
- anamnézist,
- státuszt,
- jelen panaszokat,
- diagnózist,
- beavatkozásokat,
- a szakmaspecifikusan meghatározott állapotfelmérés eredményét,
- szakorvosi véleményt,
- gyógykezelési, életmódi javaslatot,
- kontroll időpontot,
- a beteg állapotának nyomon követését és a gyógykezelés rövid összefoglalását.

Továbbá a beteg ellátási szükséglete szerint szakorvosi beutaló, orvosi vény, szakorvosi javaslat kerül kiállításra.

A gondozott beteg állapota – lehetőség szerint – számítógépen kerül dokumentálásra.

13. Mellékletek

- *ER 01 /M01 A fizioterápiás betegdokumentáció vezetése*
- *ER 02 /M02 A dietetikai betegdokumentáció vezetése*

A tevékenység végzésére jogosultak:

- gyógytornász,
- gyógytornász-fizioterapeuta,
- fizi(k)oterápiás (szak)asszisztens,
- gyögmasszőr.

A fizioterápiás betegdokumentáció kötelező tartalmi elemei***1. Azonosító adatok******a) A fizioterápiás szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személyek azonosító adatai:***

- a beteget ellátó intézmény,
- a kezelés megkezdésének és a kezelés befejezésének időpontja dátum, óra, perc pontossággal,
- beküldő (kezelő) orvos neve,
- a beteg fizioterápiás kezeléséért felelős gyógytornász, fizi(k)oterápiás (szak)asszisztens, gyögmasszőr neve.

b) A beteg azonosító adatai:

- családi és utónév,
- születéskori név,
- anyja neve,
- születési hely, év/hó/nap,
- lakóhely és tartózkodási hely,
- társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ).

c) A betegek egyes jogaival összefüggő adatok

A beteg, illetve cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes kiskorú, valamint a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetében a szülő/törvényes képviselő nyilatkozata! a fizioterápiás beavatkozásokkal és adatainak terápiás célú kezelésével kapcsolatban.

2. Fizioterápiás vizsgálati lap

Vezetése - kompetencia szintjének megfelelően - gyógytornász, gyógytornász-fizioterapeuta, okleveles fizioterapeuta feladata.

A klinikai szakterületek (mozgásszervi, neurológiai, kardio-vaszkuláris, pulmonológiai, nőgyógyászati, lymphológiai, fejlődésneurológiai, intenzív osztályos ellátás, stb.) specifikus állapotfelmérő módszereinek megfelelően eltérő tartalmi elemeket foglalhat magában.

a) Mozgásszervi fizioterápiás vizsgálat dokumentálása:

- felvétel időpontja,
- szubjektív paraméterek,
- tünet, aktuális panasz (fájdalom, deformitás, duzzanat, atrófia, mozgáskorlátozottság, funkcionális limitáció, járászavar, sántítás, stb.),
- lokalizáció,
- típus, mire csökken, és mire fokozódik,
- súlyossági fok,

- esetleges sérülési mechanizmus,
- a fájdalom természete, erőssége (fájdalomskála),
- a tünetek 24 órás változása,
- a beteg napi aktivitási szintje, fizikális kondíciója,
- funkcionális limitáció fennállása.

b) *Anamnézishez kapcsolódó további adatok:*

- a beteg általános egészségi állapota,
- társbetegségek,
- gyógyszerek (szteroid, antikoaguláns, béta-blokkoló stb.),
- friss röntgen, vagy egyéb releváns vizsgálati eredmény,
- a jelenlegi probléma előzményei,
- minden problémás testrész előtörténete,
- a tünetek megjelenésének összefüggései,
- a tünetek változása megjelenésük óta,
- orvosi kórtörténet,
- Szociális és családi helyzet.

c) *Objektív adatok:*

- fizikális vizsgálat,
- obszerváció/inspekció/megtekintés,
- aktív ízületi mozgások vizsgálata,
- passzív ízületi mozgások vizsgálata (terjedelem, véghelyzet érzet),
- izomvizsgálat - erő, kontrol, stabilitás, nyújthatóság,
- izometriás tesztek,
- neurológiai tájékozódás - dermatómák, reflexek, miotómák, idegmobilizálhatóság,
- speciális tesztek,
- passzív járulékos mozgások,
- palpáció/tapintás - bőr, felületes lágyrészek, izmok, inak, idegek, szalagok, ízületek, csontok,
- funkcionális tesztek - adott populációra megfelelően standardizált tesztek használata - a nagyobb objektivitás, validitás és megbízhatóság érdekében (pl.: FIM skála, ADL kérdőív, stb.),
- FNO használata (csak megfelelő képzettség esetén).

3. *Véleményalkotás*

A tevékenység végzésére - kompetencia szintjének megfelelően - jogosult gyógytornász, gyógytornász-fizioterapeuta, okleveles fizioterapeuta.

Közvetlenül a fizioterápiás funkcionális állapotfelmérés után a gyógytornász elemezi és értelmezi az összegyűjtött adatokat, és ennek alapján megállapítja és a fizioterápiás dokumentációba bejegyezi a beteg funkcionális diagnózisát, a fizioterápiával kezelhető problémáit. (Pl.: fájdalom, izomerő-csökkenés, tónusfokozódás, mozgásbeszűkülés, ízületi merevség, váladék felszaporodás, stb.).

4. *Fizioterápiás kezelési cél és a kezelési terv*

Meghatározása gyógytornász, gyógytornász-fizioterapeuta feladata, melyet kompetencia körének megfelelően végez.

A beteg állapotának megfelelően, mérhető módon kell megfogalmazni a fizioterápiás kezelés céljait, melyhez célzott fizioterápiás eljárást kell rendelni.

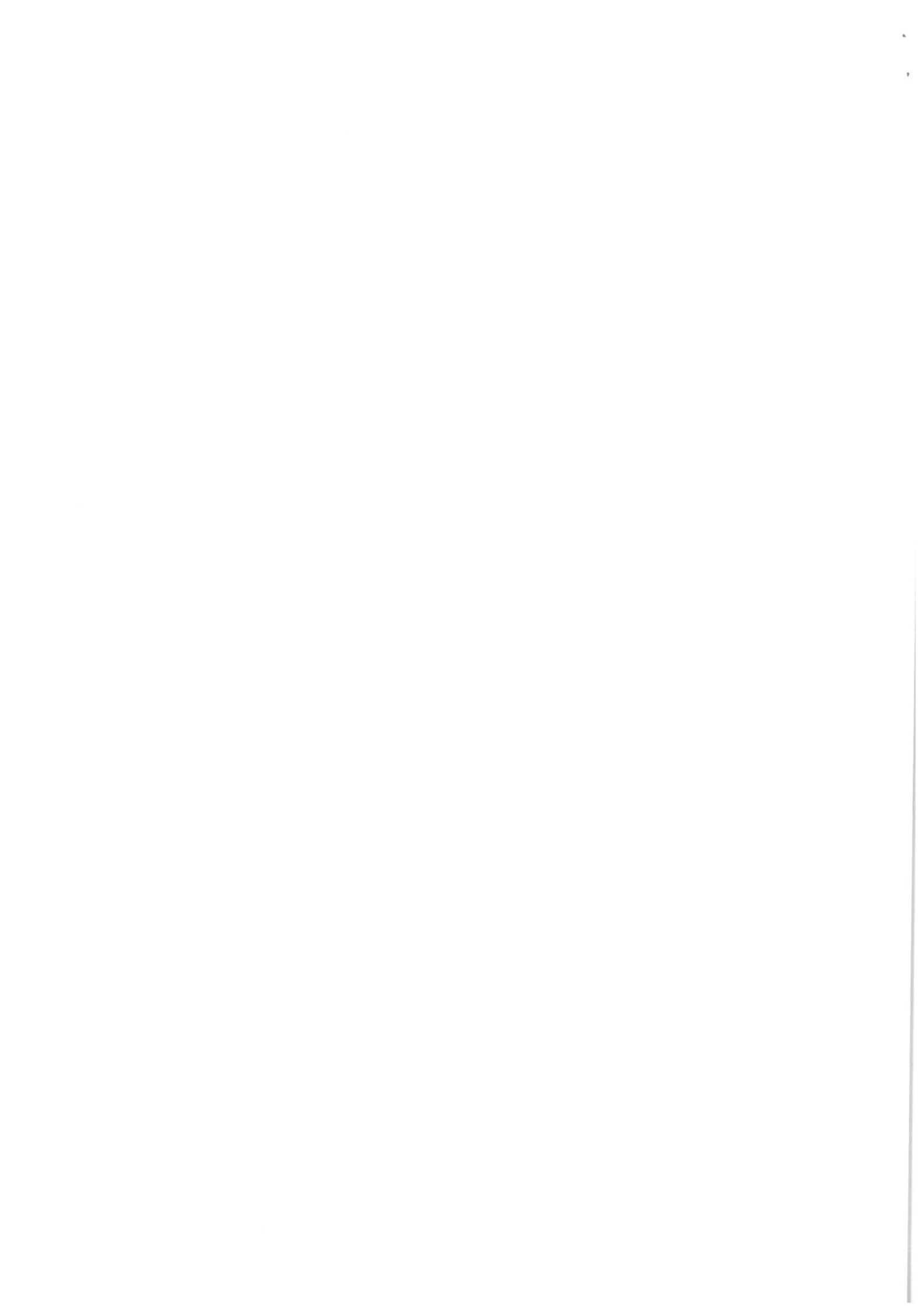
5. *Lelet*

A fizioterápiás beavatkozások (beleértve a fizi(k)oterápiás (szak)asszisztensi, és a gyógymasszőri tevékenységet is) kivitelezésére, a kezelési folyamat megvalósulására, a beteg állapotváltozására vonatkozó adatokat tartalmazza, kezelési dátumomként részletezve:

- A kezelési tervben előre meghatározott beavatkozások közül a kezelésként aktuálisan megvalósuló beavatkozások pontos megnevezése.
- A vizitlapnak tartalmaznia kell a beteg állapotával kapcsolatos észrevételeket, a kezelésre adott reakciókat.
- Az elvégzett kezelések bejegyzése kezelésként, a kezelést végző által aláírva történik.
- Amennyiben a kezelési folyamat során változik a beteg állapota, vagy a kezelésre adott reakciója, a gyógytornász változtat a kezelési terven, és az alkalmazandó eljárásokon, esetben azt, melyet a bejegyez a fizioterápiás dokumentációba, a változás időpontjával együtt.

6. *Záró állapot felmérés, értékelés*

A kezelési folyamat befejeztével történik a kezelési folyamat, a beavatkozások eredményeinek rögzítése, értékelése, továbbá a gyógytornász/fizioterapeuta általi terápiás javaslat adása.



A dietetikai dokumentáció a járóbeteg szakellátás során tartalmazza a beteg táplálással összefüggő folyamatok részletes leírását.

A dietetikus önállóan, a kezelőorvossal konzultálva végzi munkáját. A beteg állapotának megfelelően szükséges megfogalmazni a dietetoterápia várható eredményeit. A táplálásterápia elkészítése során a dietetikus egyénre szabottan kell, hogy megválassza az eljárásokat, azok időtartamát és gyakoriságát, valamint a teljes folyamatot.

1. A dietetikai dokumentáció célja:

- a táplálkozási anamnézis ismeretében táplálási terv felállítása,
- egyénre szabott terápia nyújtása,
- a változások nyomon követése,
- a dietetikai szolgáltatások teljesítésének dokumentálása,
- minőségügyi megfelelésig biztosítása,
- a jogszabályi előírásoknak való megfelelés,
- pontos írásbeli és szóbeli kommunikáció biztosítása.

2. A dietetikai dokumentáció vezetésének általános szabályai:

- Kézzel vagy géppel írott, illetve elektronikus formátumú.
- A dokumentációnak tükröznie kell a teljes táplálási folyamatot.
- A dokumentálásra került adatoknak a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak meg kell felelniük.
- A dokumentációt vezető személynek az írott anyagot aláírásával szükséges ellátnia.
- Jól olvashatónak, tömörnek, világosnak kell lennie.

3. Az azonosítást szolgáló adatok

a) A beteg azonosító adatai:

- családi és utónév,
- születési év, hó, nap,
- társadalombiztosítási azonosító jel,

b) Az egészségügyi, dietetikai szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személynek az azonosítására szolgáló adatok:

- a páciens ellátásának pontos időpontja,
- a dietetikai, táplálásterápiás ellátást végző felelős dietetikus neve.

c) A betegek jogaival összefüggő adatok:

A beteg, illetve cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes kiskorú, valamint a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetében a szülő, vagy törvényes képviselő nyilatkozata a dietetoterápiával kapcsolatban.

4. Táplálásterápia, dietetikai tanácsadás, gondozás: helyzetfelmérés

- Diagnózis.
- Orvos/dietetikus által előírt diéta megnevezése, a táplálásterápiában konzultáló orvos megnevezése.
- A diétát, táplálást befolyásoló fontosabb gyógyszerek, diagnosztikus, terápiás beavatkozások rögzítése.
- Tápláltsági állapot felmérése, antropometria, laboratóriumi paraméterek.

- Táplálási anamnézis, táplálkozási szokások, étkezéssel, emésztéssel összefüggő panaszok, fizikai aktivitás, táplálkozás nehezítettségére utaló állapotok.

5. A táplálási, táplálásterápiás folyamat, dietetikai oktatás megvalósított és tervezett elemeinek rögzítése

- A táplálási, táplálásterápiás terv, a tervezett változások időpontjának rögzítése.
- A dietetikai oktatás(ok) időpontja.
- A páciens részére nyújtott írásos segédanyagok pontos megnevezése.
- Kontroll időpontja.

A dietetikai tanácsadás során az állapotfelmérés és a táplálkozási anamnézis papír alapon kerül rögzítésre, a beteg azonosítására szolgáló adatokat, illetve diétás/étrendi javaslatot elektronikus rögzítjük. A beteg nyomtatott formában kap segédanyagot a tanácsadáson elhangzottakról és a javasolt diétáról.