

NMT-praktijkrichtlijn Patiëntendossier

Een NMT-praktijkrichtlijn is een leidraad ten behoeve van de tandheelkundige praktijkvoering.

Inhoud

In deze NMT-praktijkrichtlijn Patiëntendossier wordt voor de tandartspraktijk een leidraad gegeven voor het inrichten en bijhouden van een patiëntendossier dat bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de met de dossierplicht samenhangende rechten van de patiënt.

Toelichting

Met de inwerkingtreding van de WGBO in 1995 staat wettelijk vast dat de tandarts evenals andere zorgverleners een dossierplicht heeft. Deze verplichting hangt samen met de tevens in deze wet geregelde informatieplicht van de zorgverlener in samenhang met het toestemmingsvereiste (informed consent) en het inzagerecht van de patiënt.

Een zorgvuldige dossiervorming is van belang in het kader van:

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

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 onderzoeken en behandelingen van de patiënt. Het patiëntendossier is een hulpmiddel daarbij, waaraan mede de kwaliteit van de verleende zorg kan worden afgelezen.

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 dossier van belang is in verband met de bewijslast bij aansprakelijkheidsprocedures. Echter in de wetgeving is niet aangegeven welke gegevens in dat dossier opgenomen moeten worden. Rechterlijke uitspraken hebben deze lacune deels ingevuld. De exacte inhoudelijke eisen die aan een dossier worden gesteld zijn mede afhankelijk van de concrete situatie. In deze praktijkrichtlijn wordt voor de tandheelkundige zorgverlening aangegeven van welke gegevens het dringend aanbeveling verdient deze op te nemen in het patiëntendossier en op welke wijze deze het beste vastgelegd kunnen worden. Voorts wordt ingegaan op de met de dossierplicht samenhangende rechten van de patiënt namelijk: inzagerecht, recht op afschrift, recht op aanvulling, correctie en afscherming, recht op verwijdering en recht op vernietiging.

Werkwijze

Bij de beschrijving van de inhoud van het patiëntendossier is uitgegaan van de huidige praktijk, van de kennis over de wijze van dossiervorming en beschikbare jurisprudentie hieromtrent. Op basis van toekomstige jurisprudentie, ontwikkeling in opvattingen ten aanzien van de beroepsuitoefening en toekomstig wetenschappelijk onderzoek zal deze beschrijving moeten worden bijgesteld.

In de wet staat de dossierplicht als volgt omschreven: '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.'

Voor de tandheelkundige zorgverlening verdient het aanbeveling de volgende gegevens in het dossier op te nemen:

Persoonsgegevens

Naam (meisjesnaam), voorletters, geboortedatum, adres, geslacht, telefoonnummer, (controlemaand), debiteur.

Achtergrondgegevens

Voor zover deze relevant zijn voor de hulpverlening, bijvoorbeeld beroep, (relationele gegevens), vorige tandarts, huisarts + telefoonnummer.

Data waarop aan de patiënt inzage is verleend in c.q. kopieën zijn verstrekt van het dossier.

Data waarop de patiënt toestemming heeft gegeven dan wel geweigerd heeft gegevens aan derden toe te zenden (WBP).

Basisgegevens:

- medische anamnese (*note 1*)
- tandheelkundige historie en anamnese (*note 2*)
- status praesens bijvoorbeeld een gebitsdiagram
- röntgenfoto's
- de gegevens die de tandarts met instemming van de patiënt van zijn voorganger heeft overgenomen.

Gegevens betreffende informed consent inzake voor de patiënt ingrijpende verrichtingen/behandelingen met aanzienlijke kostenconsequenties. (*note 3*)

Tandheelkundige gegevens:

Deze betreffen de verslaglegging van de tandarts-patiënt contacten (consulten). Het verdient aanbeveling de volgende gegevens op te nemen:

- de data waarop de contacten hebben plaatsgevonden (ook geannuleerde afspraken en afspraken die niet zijn nagekomen, noteren)
- de klacht c.q. hulpvraag
- het uitgevoerde onderzoek/de diagnose en indicatiestelling
- het behandelplan:
 - * tot op het moment van voltooiing van de behandeling
 - * met aantekeningen van essentiële afwijkingen van het plan

- * bij plannen voor langere termijn rekening houdend met informatie over de redenen waarom die termijn in acht genomen wordt tussentijds kunnen hierin immers wijzigingen voorkomen.
- verrichtingen (besteedt extra aandacht aan het noteren van deels of volledig mislukte verrichtingen) + behandelaar.
- verstrekte tandheelkundige adviezen en behandelingsvoorstellen, inclusief reacties van de patiënt/mate van medewerking van de patiënt
- rapportages van bacteriologisch onderzoek, etc.
- modelanalyses
- gegevens in het kader van horizontale en verticale verwijzing
- receptuur
- etc.

In geval van complexe behandelingen kan het raadzaam zijn de onderzoeks- en behandelingsmodellen te bewaren.

Richtlijnen ten aanzien van de kwaliteit van de inhoud van het patiëntendossier

Het inrichten en bijhouden van een patiëntendossier levert een belangrijke bijdrage aan de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening. Om deze bijdrage te kunnen leveren, dienen niet alleen richtlijnen ten aanzien van de inhoud maar tevens aan de kwaliteit van de inhoud te worden gesteld. Deze richtlijnen zijn als volgt omschreven:

Beschikbaarheid

Beschikbaarheid van het patiëntendossier is noodzakelijk voor continue zorgverlening. De gegevens dienen minimaal 15 jaar te worden bewaard. Uitgangspunt voor de aanvang van de bewaartermijn is het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd. Dit geldt ook voor een dossier afkomstig van een collega. Het is wenselijk dat gegevens van patiënten te allen tijde voor een waarnemer in de praktijk toegankelijk zijn.

Leesbaarheid

Wil de tandarts of waarnemer gebruik kunnen maken van de vastgelegde gegevens, dan is het wenselijk dat deze goed leesbaar zijn. Bovendien is het aan te bevelen in het kader van de verantwoording en toetsbaarheid om in latere instantie geen veranderingen in de vastgelegde gegevens aan te brengen.

Bij elektronische gegevensopslag moeten alle gegevens toegankelijk en beschikbaar zijn. Bij verandering van hard- of software moet worden nagegaan of de gegevens op de oude gegevensdrager ook in de toekomst nog kunnen worden ontsloten. Is dit niet het geval, dan moet een uitdraai van de oude gegevens worden gemaakt.

Volledigheid/beknoptheid

De vastlegging van de gegevens in het dossier dient zo volledig mogelijk te zijn, terwijl zij tegelijkertijd beknopt moet zijn ter wille van het overzicht. Aanbevolen wordt te streven naar het opnemen van alleen relevante gegevens.

Inzichtelijkheid

De gegevens uit het dossier dienen helder te worden weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is.

Inzage in, afschrift van, aanvulling op, correctie en afscherming van, verwijdering en vernietiging van het patiëntendossier

Het dossier en de zich daarin bevindende röntgenfoto's zijn geen eigendom van de patiënt. Wel heeft de patiënt met betrekking tot het dossier een aantal wettelijke rechten die door de tandarts gerespecteerd moeten worden.

De tandarts verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen vier weken, inzage in en afschrift van de geregistreerde gegevens in het dossier, met uitzondering van de gegevens van iemand anders en de persoonlijke werkaantekeningen van de tandarts (*note 4*). De tandarts mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen (*note 5*). De tandarts voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen gegevens aan het dossier toe (*note 6*). De patiënt kan de tandarts verzoeken (een deel van) zijn dossier te laten vernietigen/verwijderen. De tandarts moet binnen vier weken op een vernietigingsverzoek reageren en het binnen drie maanden uitvoeren (*note 7*). Een eventuele weigering moet goed worden gemotiveerd. Op het recht op verwijderen of vernietigen van gegevens bestaan namelijk twee uitzonderingen:

- een voorschrift of een andere wet bepaalt dat de gegevens moeten worden bewaard
- vanwege een 'aanmerkelijk belang' van een ander dan de patiënt, moeten (bepaalde) gegevens worden bewaard (*note 8*).

Bewaartermijn

De tandheeskundige gegevens in het patiëntendossier dienen gedurende tenminste vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed tandarts voortvloeit, te worden bewaard (*note 9*). Verdedigbaar is dat de tandarts, uit het oogpunt van goed hulpverlenerschap, de gegevens langer bewaart, gegeven de noodzaak van tandheeskundige gegevens bij de forensische odontologie.

Overdracht van het dossier

Bij overdracht van het dossier aan een collega-tandarts kan de originele inhoud van het gehele dossier met uitzondering van de gegevens van iemand anders en de persoonlijke werkaantekeningen van de tandarts worden overgedragen.

Overigens is het de tandarts toegestaan bij overdracht het originele ofwel een kopie van het originele dossier achter te houden. Wenst de patiënt niet dat de tandarts nog een dossier van hem houdt, dan kan hij immers gebruik maken van zijn vernietigingsrecht.

Notes

Notes zijn bedoeld ter toelichting/verduidelijking op passages in de praktijkrichtlijn.

Note 1

Te denken valt daarbij aan:

- gegevens over allergie, diabetes, reuma,
- hartafwijking, bloedafwijking, epilepsie
- orale en dentale afwijkingen
- systeemaandoeningen
- ziekenhuisverleden
- medicatie
- reactie op anesthesie
- genetische aandoeningen

De anamnese zal periodiek moeten worden teruggekoppeld met de patiënt. De daarbij gesignaleerde veranderingen moeten worden genoteerd.

Note 2

Mogelijke vragen die hierbij aan de orde komen:

- Zijn er in het verleden tijdens of na behandelingen, problemen ontstaan die het vernoemen waard zijn?
- Zijn er volgens u nog andere zaken die voor de behandeling van belang zijn?
- Bestaande röntgenfoto's?

Note 3

Bij riskante of ingrijpende 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.

Ook kan er voor worden gekozen in het dossier 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:

- 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.

Note 4

Met 'persoonlijke werkaantekeningen' worden bedoeld: de indrukken, vragen en vermoedens die de tandarts formuleert als geheugensteun voor een volgend contact met de patiënt of voor de eigen gedachtenvorming, de interne dialoog.

Note 5

Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene WBP, 13 juni 2001.

Note 6

Het dossier kan worden uitgebreid met een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken, bijvoorbeeld n.a.v. een second opinion. De tandarts is verplicht de verklaring in het dossier op te nemen, ook als hij het met de inhoud van de verklaring niet eens is.

Note 7

De aard van de tandheeskundige gegevens in een dossier zal zelden aanleiding kunnen geven tot een verzoek om vernietiging, een dergelijk verzoek zal in een tandartspraktijk dan ook zelden of nooit voorkomen. Mocht de tandarts er wel mee worden geconfronteerd, dan is het belangrijk een onderscheid te maken tussen de tandheeskundige gegevens en de eventuele financiële gegevens die zich in het dossier bevinden.

Ten aanzien van de tandheeskundige gegevens geldt dat een verzoek om vernietiging de wettelijke bewaartermijn kan bekorten. Een verzoek tot vernietiging kan echter nooit gelden voor de financiële gegevens. De fiscus hanteert hiervoor een eigen bewaartermijn van zeven jaren.

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

Note 8

Algemeen wordt aangenomen dat de wetenschap dat de patiënt een procedure heeft aangespannen, de tandarts voldoende aanleiding geeft het verzoek om vernietiging af te wijzen. De aankondiging dat een procedure zal worden gestart, zal eveneens voldoende grond voor afwijzing opleveren, maar de theoretische kans dat ooit nog eens een procedure kan worden gestart zeker niet. Als de patiënt een procedure start nadat een tandarts aan een verzoek om vernietiging heeft voldaan, zal dit zich vooral tegen de patiënt keren. In de meeste gevallen zal hij dan niet alleen de tandarts, maar ook zichzelf een middel hebben ontnomen om bewijs te leveren.

Het verdient aanbeveling een verzoek om vernietiging van het dossier op schrift te laten stellen of hiervan een aantekening te maken en het verzoek te bewaren.

Note 9

Dat betekent dat de gegevens langer moeten worden bewaard, als deze voor verdere behandeling van de patiënt nodig zijn. Het langer bewaren van gegevens kan met name van belang zijn in situaties van langlopende of terugkerende behandelingen. Daarnaast zou de tandarts een dossier langer kunnen bewaren met een beroep op de bruikbaarheid van een dossier in geval van forensische odontologie. Ook bij overlijden van de patiënt geldt de wettelijke aangegeven bewaartermijn van tenminste 15 jaar.

Note 10

Voor de overdracht van het dossier aan een collega-tandarts is uitdrukkelijke toestemming van de patiënt vereist. Het verdient aanbeveling om uw patiënt te vragen het verzoek tot doorzending van (een kopie van) zijn dossier naar de betreffende collega op schrift te stellen.

NMT-praktijkrichtlijn Patiëntendossier werd in 1998 samengesteld en uitgebracht. De praktijkrichtlijn is in 2001 en 2006 aangepast aan actuele wetgeving en jurisprudentie.

Persoonlijke werkaantekeningen en patiëntendossier

Persoonlijke werkaantekeningen horen niet in het patiëntendossier.

Wanneer u persoonlijke werkaantekeningen deelt met collega's door ze op te nemen in het patiëntendossier dan zijn de patiëntenrechten, zoals recht op inzage en vernietiging, van toepassing. Over het algemeen blijven ook klachtafhandeling en aansprakelijkheidsstelling buiten het patiëntendossier.

Juridisch belang

Een laatste situatie die niet makkelijk onder het begrip 'goed hulpverlenerschap' te vatten is, is de theoretische kans op een juridische procedure. De WGBO-bewaartermijn van 15 jaar wijkt af van de civielrechtelijke verjaringstermijn van 20 jaar die geldt voor het aansprakelijk stellen van de zorgverlener voor vermeende fouten. Een dergelijke aansprakelijkheidsstelling is een uitzondering maar niet onmogelijk. Het zou echter onjuist zijn als om deze reden alle dossiers standaard 20 jaar worden bewaard omdat een patiënt 20 jaar nadat een vermeende fout is gepleegd, alsnog een claim kan indienen. Een langere bewaartermijn kan alleen worden gerechtvaardigd vanuit het oogpunt van het goedhulpverlenerschap, bijvoorbeeld in het kader van forensische odontologie.

Algemeen wordt aanvaard dat wanneer de patiënt een juridische procedure heeft aangespannen of dreigt aan te spannen en vervolgens een verzoek om vernietiging doet, de zorgverlener dit verzoek kan afwijzen. Ook als zo'n verzoek niet wordt gedaan, brengt goed hulpverlenerschap met zich mee dat de zorgverlener in zo'n geval het dossier bewaart. Wordt een procedure aangespannen nadat het dossier al vernietigd is, dan zal de rechter moeten bekijken of de zorgverlener voldoende in staat is zich met behulp van bijvoorbeeld het dossier dat nog in handen is van de patiënt te verweren en of dit voldoende basis biedt voor een eerlijk proces ('fair trial').

Op zichzelf is een patiëntendossier onmisbaar bewijsmateriaal in een juridische procedure.

In dat verband wordt aanbevolen in het patiëntendossier de feitelijke gang van zaken duidelijk op schrift te stellen.

In ditzelfde verband wordt opgemerkt dat, zoals in de praktijkrichtlijn Patiëntendossier staat aangegeven, bij verzoek van de patiënt om overdracht van het dossier, het originele dossier kan worden overgedragen.

Aangezien het dossier geen eigendom is van de patiënt mag de tandarts ook een kopie van het dossier overdragen danwel een kopie achterhouden.

Wanneer een patiënt niet wil dat een tandarts het originele dossier danwel een kopie daarvan bewaard, kan hij een beroep doen op het vernietigingsrecht.

De wet en een Elektronisch Patiëntendossier EPD

In de gezondheidszorg is er in toenemende mate sprake van het gebruik van elektronische patiëntendossiers. De verwachting is dat binnen afzienbare tijd patiëntendossiers op papier worden vervangen door elektronische patiëntendossiers. Daarmee nemen de mogelijkheden toe voor uitwisseling en communicatie bij de zorg van een patiënt. De kwaliteit en de efficiency van de zorg kunnen daardoor verbeteren.

Het privacybelang van de patiënt zal echter onverkort bewaakt moeten blijven. Misbruik van gegevens en ongeoorloofde toegang vormen ook in een digitale omgeving een groot risico. Aan de andere kant is het zo dat in een digitale omgeving de toegang tot de gegevens en de beveiliging ervan, weer relatief makkelijk kunnen worden gewaarborgd.

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

Het vernietigen van informatie in een EPD

Het vernietigen van een (deel van een) elektronisch patiëntendossier is technisch vele malen moeilijker dan het vernietigen van een papieren patiëntendossier. Het is op dit moment vaak zelfs onmogelijk. In de papieren situatie voldoet het om een patiëntendossier door een papierversnipperaar te halen en de snippers te (laten) vernietigen. De commando's op een computer zoals 'delete', 'verwijderen' of 'prullenbak legen', lijken identiek aan het versnipperen van papier. Het verschil is alleen dat digitale snippers heel simpel aan elkaar te plakken zijn ('undelete'). Voor het elektronisch 'vernietigen' van gegevens moet de harde schijf van het systeem meerdere keren overschreven of geformatteerd worden. Zelfs dan bestaat er speciale software die de informatie op de harde schijf weer kan 'herstellen'. Deze software is tegenwoordig voor iedereen verkrijgbaar via het internet. Voor het werkelijk vernietigen van elektronische gegevens moet de hele harde schijf fysiek vernietigd worden. Om te kunnen waarborgen dat gegevens daadwerkelijk zijn vernietigd, dus in de zin dat zij niet meer op enigerlei wijze kunnen worden hersteld, zijn technische aanpassingen nodig.

Behalve het 'technische' probleem van vernietigen bij een EPD, bestaat er een grote kans dat een vernietigd gegeven binnen een EPD elders nog bestaat. Het gegeven kan bijvoorbeeld zijn gekopieerd en ergens anders zijn opgeslagen. Ook kunnen gegevens worden gedownload en in papieren vorm blijven bestaan.

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.

Kwaliteitseisen van een 'Goed Beheerd EPD'

Logfile

In een papieren patiëntendossier is het bijna altijd zichtbaar als er op een ander tijdstip iets wordt veranderd, verwijderd of toegevoegd. In een digitale omgeving is het echter een relatief simpele handeling om op een ander tijdstip iets te veranderen, te verwijderen of toe te voegen aan het patiëntendossier. Het feit dat er iets gewijzigd is, is in een elektronisch dossier pas zichtbaar wanneer gewerkt wordt met een goede logfile.

Een logfile houdt alle wijzigingen in het systeem bij. Het wordt dan ook gebruikt om onbedoelde wijzigingen te kunnen herstellen en de fraudegevoeligheid van elektronische patiëntendossiers te beperken. Zichtbaar zijn onder andere: de datum en inhoud van de wijziging, het soort wijziging (veranderen, verwijderen, toevoegen), de naam van degene die de wijziging heeft doorgevoerd en de reden van de wijziging.

Back-upfiles

Het goed beheren van een systeem houdt ook in dat er regelmatig back-ups worden gemaakt. Een back-up is een exacte kopie van de gegevens die opgeslagen zijn in een systeem op een bepaald tijdstip. Elke organisatie heeft een back-upprocedure voor hun systeem. Daarbij is er meestal sprake van meerdere back-ups (dagelijks, maandelijks, jaarlijks) én van een (van tevoren afgesproken) periode waarin een gegeven teruggezet kan worden.

Een back-up wordt meestal gemaakt om bij calamiteiten de voorlaatste situatie (meestal 1 dag) terug te kunnen zetten. Dit betekent dat in de tussentijd gemuteerde of verwijderde gegevens weer teruggezet worden in hun oorspronkelijke vorm. Het selectief verwijderen van gegevens op een back-up medium is niet mogelijk.

Op de back-upfiles staan de patiëntendossiers in hun oorspronkelijke staat totdat deze back-upfiles overschreven worden door een nieuwe back-up. Dit heeft de grootste gevolgen voor de jaarlijkse back-up. Op de jaarlijkse back-up van 1 januari 2003 staat bijvoorbeeld een patiëntendossier waarvan de behandeling al enige jaren geleden is afgesloten, maar dat in de loop van 2003 op verzoek van de patiënt is gewijzigd. Het patiëntendossier in oorspronkelijke staat, bestaat nog op de jaarlijkse back-up totdat deze wordt overschreven door de back-up van januari 2004. Back-upfiles lopen achter op de actuele situatie volgens een vooraf afgesproken en vastgelegde tijdsperiode.

De rechten van de patiënt bij een 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 omverminderd van toepassing en geldig. Bij het recht op vernietiging moet duidelijk zijn dat in een elektronische omgeving daadwerkelijke definitieve vernietiging (nog) niet kan.

In de logfile wordt bijgehouden wat, door wie in het patiëntendossier gedaan is. In de logfile staat dan ook wat de patiënt wanneer gewijzigd, aangevuld en/of gecorrigeerd heeft.

Het is denkbaar dat in de toekomst inzage in elektronische patiëntendossiers zonder tussenkomst van derden gewenst is. Om mogelijk te maken dat de patiënt zijn elektronische patiëntendossier kan inzien is het noodzakelijk dat er mogelijkheden bestaan die de patiënt in staat stellen om die gegevens op een gestandaardiseerde manier en op elektronische wijze op te vragen en in te zien. Er moet gezorgd worden voor een deugdelijke afscherming van gegevens van anderen.

Bovendien moet elke zorgverlener er dan rekening mee houden dat het patiëntendossier van de patiënt geen informatie bevat die de privacy van een ander schaadt.