

Udskriftsdato: 11. januar 2026

VEJ nr 10241 af 01/12/2025 (Gældende)

Vejledning om journalføring på det tandfaglige område

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Indenrigs- og Sundhedsmin..
Styrelsen for Patientsikkerhed, 31-1001-1265

Vejledning om journalføring på det tandfaglige område

1. Indledning

- 1.1. Målgruppe
- 1.2. Anvendte begreber

2. Journalen

- 2.1. Formålet med journalen

3. Journalføringspligt og ansvar

- 3.1. Journalføring af opgaver, som overdrages
- 3.2. Tidspunkt for journalføring
- 3.3. Rådgivning og konferencebeslutninger
- 3.4. Undtagelser til journalføringspligten
- 3.5. Journalføring af behandling som led i forskning

4. Form og sprog

- 4.1. Journalens form
- 4.2. Journalens sprog
- 4.3. Standardtekster og lignende

5. Indhold

- 5.1. Oplysninger journalen skal indeholde
- 5.2. Øvrige nødvendige oplysninger i journalen
- 5.3. Journalføring af information og samtykke til behandling

6. Rettelser og tilføjelser

7. Journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.

- 7.1. Videregivelse af journaloplysninger
- 7.2. Samtykke til indhentning af oplysninger
- 7.3. Hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger m.v.
- 7.4. Aktindsigt

8. Ledelsens ansvar

- 8.1. Instrukser for journalføring
- 8.2. Adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre
- 8.3. Den virksomhedsansvarlige tandlæge
- 8.4. Tekniske nedbrud m.v.

9. Opbevaring og overdragelse af journaler

- 9.1. Opbevaring
- 9.2. Overdragelse

10. Ikrafttrædelse

1. Indledning

Denne vejledning uddyber og præciserer bekendtgørelse nr. 1361 af 24. november 2025 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen henvender sig til sundhedspersoner inden for det tandfaglige område.

Vejledningens formål er at understøtte, at sundhedsfaglig journalføring udføres korrekt og i nødvendigt omfang, så journalen medvirker til, at patienter får et sammenhængende forløb med sikkerhed og kvalitet i behandlingen.

Vejledningen beskriver den omhu og samvittighedsfuldhed, som sundhedspersoner skal udvise ved deres journalføring og præciserer sundhedspersonernes og behandlingsstedernes ansvar i forbindelse med journalføringen.

1.1. Målgruppe

Vejledningen omfatter både autoriserede sundhedspersoner, fx tandlæger, specialtandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere samt ikke-autoriserede sundhedspersoner, fx klinikassistenter og studerende, som arbejder under en autoriseret sundhedspersons ansvar.

Denne vejledning er målrettet sundhedsfagligt personale inden for det tandfaglige område.

1.2. Anvendte begreber

Sundhedspersoner

Ved sundhedspersoner forstås i denne vejledning personer, der i henhold til særlig lovgivning er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på deres ansvar.

Efter denne vejledning handler en person på en autoriseret sundhedspersons ansvar, når personen generelt eller konkret får overdraget en sundhedsfaglig opgave, som en autoriseret sundhedsperson ellers havde ansvaret for. Dette gælder, uanset om den, der overtager opgaven selv er autoriseret sundhedsperson eller ej.

Overdragelse af sundhedsfaglige opgaver

Ved overdragelse af sundhedsfaglige opgaver forstås i denne vejledning både opgaver, som alle sundhedspersoner må udføre, samt delegation af opgaver, som er forbeholdt bestemte grupper af autoriserede sundhedspersoner at udføre. Delegerede opgaver kan fx være tandrensning, der bliver udført af en klinikassistent eller cariesbehandling, der bliver udført af en tandplejer på delegation af en tandlæge.

Ledelse

Ved ledelsen henvises der i denne vejledning til den daglige administrative ledelse, som har ansvaret for den lokale arbejdstilrettelæggelse, og for at de generelle sundhedsfaglige instrukser bliver udarbejdet og implementeret.

Er der tale om en enkeltmandspraksis, vil ledelsen således være den enkelte leder/praksisejer.

Behandlingssted

Ved et behandlingssted forstås i denne vejledning en selvstændig virksomhed, hvor eller hvorfra en eller flere sundhedspersoner udfører behandling, fx private og offentlige praksisser og institutioner samt private hjem.

Vejledningen gælder på alle behandlingssteder, hvor sundhedspersoner som led i sundhedsfaglig virksomhed udfører behandling af patienter.

Behandling

Ved behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, kosmetisk behandling samt forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod den enkelte patient.

Patientjournaler - forskellen på overdragelse og videregivelse

Overdragelse af patientjournaler

Ved overdragelse forstås i denne vejledning, at en patientjournal i sin helhed overdrages fra et behandlingssted til et andet eller til Styrelsen for Patientsikkerhed til videre opbevaring. Overdragelse er knyttet til den person, som kan overtage opbevaringspligten for den fulde patientjournal. Modtageren

overtager opbevaringspligten, og den, der har overdraget patientjournalen, vil dermed ikke længere have en selvstændig opbevaringspligt.

Der henvises til vejledningens afsnit 9 om opbevaring og overdragelse af journaler.

Videregivelse af oplysninger

Ved videregivelse forstås i denne vejledning, at nødvendige journaloplysninger kan udveksles mellem sundhedspersoner på tværs af faggrupper, sektorer, praksisser m.v., så patientbehandlingen kan ske rettidigt og korrekt. Der henvises til vejledningens afsnit 7 om journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.

2. Journalen

Ved en patientjournal forstås notater og andet materiale, som oplyser om patientens sygehistorie, tilstand, planlagte og udførte undersøgelser og behandlinger, herunder fx hvilken information, der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet på den baggrund.

Patientjournalen omfatter således også blandt andet røntgenbilleder, meddelelser og svar fra andre behandlingssteder, prøvesvar, beskrivelser m.v. Det gælder, selv om disse oplysninger eksempelvis fremgår af separate systemer.

Journalen kan indeholde private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, hvis de er nødvendige for patientens behandling eller opfølgning herpå.

Oplysninger, som patienten afgiver på eget initiativ, eller oplysninger afgivet af øvrige personer på patientens vegne, skal også fremgå af patientjournalen i det omfang, de er nødvendige for behandlingen af patienten.

Der skal for hvert behandlingssted oprettes én journal for hver patient. Dog kan der oprettes en fælles patientjournal for hver patient på flere behandlingssteder, når behandlingsstederne har samme ledelse og foretager samme former for behandling.

Journalen skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for behandling, så de involverede sundhedspersoner er i stand til at sætte sig ind i patientens tilstand og den planlagte behandling.

2.1. Formålet med journalen

Patientjournalen er primært et arbejdsredskab for sundhedspersoner og en forudsætning for en sikker og kontinuerlig behandling.

Journalen giver indsigt i og overblik over behandlingsforløbet for det sundhedsfaglige personale, som ofte tværfagligt er involveret i patientens behandling. Oplysningerne i journalen har også væsentlig betydning, hvis patienten fortsætter sin behandling på et andet behandlingssted.

Ud over det primære formål er journalen også et vigtigt informationsgrundlag for patienten, da den giver mulighed for indblik og inddragelse i egen behandling.

Journalen kan også bidrage til fx læring, kvalitetsudvikling, forskning, retsodontologisk identifikation af dødfundne og som dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager og belyse forhold ved afvigende behandlingsmønstre ved regionalt tilskud til tandpleje m.v.

3. Journalføringspligt og ansvar

Enhver autoriseret sundhedsperson og personer, der handler på deres ansvar, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed behandler en patient, se dog pkt. 3.4.

Både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner inden for det tandfaglige område er ansvarlige for indholdet af deres egne notater i journalen.

Journalføringen skal være entydig, kronologisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres behandling af patienten.

Sundhedspersonerne skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken behandling der er planlagt, hvilken forebyggende behandling og anden behandling der er udført, resultatet samt eventuel opfølgning.

3.1. Journalføring af opgaver, som overdrages

Hvis en autoriseret sundhedsperson overdrager en sundhedsfaglig opgave til andre, herunder til ikke-autoriseret personale, skal den, der overtager opgaven, journalføre behandlingen. Den sundhedsperson, som har overdraget opgaven, har ikke pligt til at sikre, at den, der handler på dennes ansvar, journalfører den udførte sundhedsfaglige virksomhed. Det er alene den, der udfører behandlingen, der har pligt til at føre journal. Dette gælder også i situationer, hvor overdragelsen af opgaven sker mundtligt.

Ledelsen på det enkelte behandlingssted har ansvar for at sikre, at det sundhedsfaglige personale, som får overdraget opgaver, har de fornødne kompetencer til og muligheder for at journalføre udførelsen korrekt, se punkt 8.

3.2. Tidspunkt for journalføring

Når sundhedsfagligt personale har behandlet en patient, skal journalføringen ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

I nogle tilfælde er det ikke muligt at journalføre i forbindelse med patientkontakten. Det kan blandt andet skyldes andre akutte opgaver, tekniske begrænsninger m.v. Journalføringen kan i de tilfælde undtagesvist vente, men skal dog ske snarest muligt og inden arbejdstids ophør.

I tilfælde, hvor man ikke inden for arbejdstids ophør har mulighed for at journalføre på sædvanlig vis, eksempelvis i en elektronisk patientjournal, kan det efter omstændighederne være tilstrækkeligt, at der laves et særskilt journalnotat, som snarest muligt overføres til den primære patientjournal.

3.3. Rådgivning og konferencebeslutninger

Rådgivning

Der kan være behov for at rådføre sig med andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling af en patient. En sundhedsperson, der indhenter råd fra en anden sundhedsperson i forbindelse med behandling af en patient, er ansvarlig for, at rådgivningen journalføres.

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om den rådgivende sundhedsperson, herunder dennes navn, titel og evt. arbejdssted. Derudover skal det fremgå, hvilke oplysninger, der er forelagt og det råd, der er givet.

Den, der giver et råd i forbindelse med behandlingen af en patient, har ikke selv pligt til at føre journal, men hvis der er omstændigheder, som gør, at den rådgivende sundhedsperson ønsker at føre journal over de råd, der er givet, er der ikke noget til hinder for dette.

Konferencebeslutninger

Når en konkret patientbehandling drøftes på en konference eller lignende, fx en sygehuskonference, er det som udgangspunkt den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for, at konferencebeslutningen journalføres. Det kan aftales, at en anden end den fremlæggende sundhedsperson foretager journalføringen.

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har truffet beslutning om patientens behandling på konferencen eller lignende, herunder navn, titel og evt. arbejdssted. Derudover skal det fremgå, hvilke oplysninger, der er forelagt, og hvilken beslutning der er truffet.

Hvis der lokalt er fastsat andre procedurer for journalføring af konferencebeslutninger på behandlingsstedet, skal den lokale retningslinje følges.

3.4. Undtagelser til journalføringspligten

Førstehjælp givet som tilfældigt tilstedeværende

Pligten til at føre patientjournal gælder ikke, hvis en autoriseret sundhedsperson, som tilfældigt tilstedeværende, yder førstehjælp. Der vil således ikke være pligt til at føre journal, hvis en autoriseret sundhedsperson uden for sit virke hjælper en person, der fx får et akut tandtraume.

Det er en forudsætning, at der alene er tale om en umiddelbar afhjælpning ved en enkeltstående behandling.

Ukomplerede tilstande og foreløbig hjælp i idrætsklubber, på festivaler, landsstævner, spejderlejre og lignende

Førstehjælp i form af sundhedsfaglig behandling, som udføres af autoriserede sundhedspersoner i idrætsklubber, på festivaler, ved landsstævner, på spejderlejre, ved sportslige begivenheder og lignende, skal ikke journalføres, hvis der alene er tale om afhjælpning af en ukompliceret tilstand. En ukompliceret behandling forudsætter som udgangspunkt, at tilstanden kan afhjælpes umiddelbart og ikke kræver et behandlingsforløb, at der ikke skal udføres operative indgreb, og at der ikke kræves ordination af receptpligtig medicin.

Førstehjælp i form af sundhedsfaglig behandling, som udføres af autoriserede sundhedspersoner i idrætsklubber, på festivaler, ved landsstævner, på spejderlejre, ved sportslige begivenheder og lignende, skal desuden ikke journalføres, hvis der er tale om foreløbig hjælp, og behandlingen overtages af præhospitalt personale, eller patienten henvises til at opsøge sygehus, vagtlæge, egen læge eller egen tandlæge.

3.5. Journalføring af behandling som led i forskning

Pligten til at føre journal gælder også, når behandlingen sker som led i forskning. Dette indebærer, at fx undersøgelse, medicinering, prøveresultater m.v., som er fremkommet, fordi patienten indgår i et klinisk forsøg, samt evt. opfølgning herpå, skal fremgå af patientjournalen i nødvendigt omfang, så der kan tages højde for dette ved nuværende og fremtidig behandling af patienten. Som minimum skal det som udgangspunkt fremgå af journalen, hvilket forsøg patienten deltager i, hvornår patienten er indgået i forsøget, og hvornår patienten er afsluttet igen. Journalen skal i nødvendigt omfang opdateres med information om patientens behandling efter afblinding af forsøget.

Hvis der er tale om blindede forsøg eller oplysninger omfattet af offentlighedslovens beskyttelse af forskeres forskningsdata og forskningsresultater, skal det som minimum fremgå, at patienten indgår i et forskningsprojekt, hvem der er ansvarlig for behandlingen, og hvem der kan kontaktes ved behov herfor.

Der er ikke tale om behandling i vejledningens forstand, hvis personer deltager i sundhedsvidenskabelige forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af sygdom hos de pågældende. Det omfatter bl.a. raske forsøgspersoner og forsøgspersoner, der lider af kendt sygdom, som er irrelevant i forhold til forsøget, dvs. tilfælde, hvor forsøget ikke har nogen diagnostisk eller terapeutisk værdi for personen.

Hvis der hos denne gruppe måtte blive konstateret helbredsmæssige forhold, som medfører videregivelse af oplysninger herom til egen tandlæge, egen læge, sygehus m.v., med henblik på videre opfølgning, vil det som udgangspunkt ikke være nødvendigt at oprette en patientjournal for at dokumentere videregivelsen af oplysningerne, hvis det i stedet indføres i en protokol eller lignende.

4. Form og sprog

4.1. Journalens form

Journalen skal som udgangspunkt føres elektronisk, men den kan også føres på papir. Elektroniske patientjournaler og manuelt førte journaler skal opfylde de samme krav.

Hvis behandlingsstedet er overgået fra papirjournaler til elektroniske journaler, udgør papirjournalen og den elektroniske journal tilsammen patientens journal.

Hvis der føres elektronisk journal, men der er bilag på papir, fx dokumenter, som er modtaget fra andre sundhedspersoner, billeder, røntgenbilleder m.v., skal det fremgå, hvilke oplysninger der føres i den elektroniske journal, og hvilke oplysninger der journalføres i papirform.

Elektroniske journaloplysninger skal kunne udskrives på papir, så en kopi af journalen kan udleveres, fx hvis patienten anmoder om aktindsigt.

Der er ikke særlige regler for, at en bestemt teknik eller specifikke programmer skal anvendes til journalføringen.

Det er tilladt at indscanne dokumenter og billeder i elektroniske journaler og herefter makulere det originale dokument/billede. En forudsætning er, at det indscannede materiale er af samme kvalitet som det originale materiale. Den autoriserede sundhedsperson (tandlægen, tandplejeren eller den kliniske tandtekniker) skal kontrollere dette efter indscanningen.

Al tekst skal være læselig, fx håndskrift eller tekst på indscannede dokumenter og billeder.

4.2. Journalens sprog

Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Dentalmaterialer og lægemidler skal angives med det generiske navn eller med præparatnavnet. Behandlinger angives med den faglige betegnelse.

4.3. Standardtekster og lignende

Standardtekster, -fraser m.v. kan i egnet omfang anvendes i journalen. Det skal dog altid sikres, at standardtekster eller -fraser er meningsfulde og tilpasset den konkrete patientbehandling, og at der kun fremgår oplysninger, som er relevante.

Forkortelser kan anvendes, men de bør være umiddelbart forståelige for andre personer, der deltager i behandlingen af patienten, så andre sundhedspersoner kan anvende journalnotaterne i deres arbejde, også ved tværfaglig behandling.

Forkortelser skal være alment fagligt accepterede. Hvis der ikke anvendes alment fagligt accepterede forkortelser, så skal det være muligt at rekvirere en forkortelsesliste, eller den kan medfølge journalen.

5. Indhold

I det følgende er angivet, hvad patientjournalen skal indeholde. Nogle oplysninger skal fremgå i alle tilfælde, se pkt. 5.1., mens andre kun skal fremgå, når de vurderes at være nødvendige, se pkt. 5.2.

Hvis en oplysning fremgår et generelt sted i journalen, fx af et stamkort, behøver den samme oplysning ikke at blive journalført igen.

5.1. Oplysninger, som journalen skal indeholde

Oplysninger om patientens identitet

Patientjournalen skal indeholde patientens navn og personnummer. Hvis patienten ikke er tildelt et dansk personnummer, eller hvis der foretages undersøgelser og behandling af en patient med ukendt

identitet, skal der anføres et centralt genereret erstatningspersonnummer eller en anden unik kode. Hvis anden unik kode er anført, skal der snarest muligt anføres et centralt genereret erstatningspersonnummer.

Patientens navn og personnummer skal anføres på alle dele af journalen, dvs. continuation, røntgenbilleder, kliniske fotos og adskilte sektioner, bilag m.v. Modeller, herunder elektroniske modeller, kan dog i stedet for personnummer påføres entydigt identifikationsnummer.

Oplysninger om sundhedspersonen

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har behandlet patienten.

Sundhedspersonen skal som udgangspunkt angive sit navn, men kan også anvende anden entydig identifikation i form af fx initialer, personalenummer eller lignende. Dette gælder også, hvis andre sundhedspersoner nævnes i journalen, fx ved indhentelse af råd fra andre sundhedspersoner. Se nærmere om ledelsens ansvar i denne forbindelse i punkt 8.

Sundhedspersonens titel og arbejdssted skal fremgå af journalen.

Tidspunkt for behandlingen

Datoen for forebyggelse og behandling skal fremgå af journalen. Klokkeslæt for behandlingen skal også anføres, hvis det vurderes at være nødvendigt.

Tidspunktet for selve journalføringen skal fremgå, når det vurderes at være nødvendigt. Det kan fx være, hvis journalføringen ikke sker i umiddelbar tilknytning til forebyggelse og behandling. Se i øvrigt punkt 3.2.

5.2. Øvrige nødvendige oplysninger i journalen

Journalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for at kunne give god og sikker patientbehandling.

Oplysninger er nødvendige, når de understøtter, at de involverede sundhedspersoner kan udføre undersøgelse, behandling, opfølgning m.v. Dette omfatter oplysninger, der er behov for i den aktuelle behandling af patienten og oplysninger, som ud fra et sundhedsfagligt skøn kan bruges i en eventuel senere behandling af patienten.

Den behandlende sundhedsperson skal vurdere, hvilke oplysninger der er nødvendige at journalføre. Vurderingen skal tage udgangspunkt i den aktuelle situation og de oplysninger, som sundhedspersonen har på tidspunktet for journalføringen.

De nærmere krav til indholdet i journalen hviler på den aktuelle faglige norm inden for det pågældende fagområde. Indholdet i journalen tager derfor udgangspunkt i fagområdets egne generelle faglige krav til, hvad der anses for at være nødvendigt.

Nødvendige oplysninger

Nedenfor fremgår stamoplysninger og faglige og medicinske oplysninger, som skal fremgå af journalen, hvis de vurderes at være nødvendige i forbindelse med behandling af en patient. Oplysningerne er ikke udtømmende, så der kan være øvrige oplysninger, som vurderes at være nødvendige for behandlingen af patienten, selvom de ikke fremgår af denne vejledning.

Stamoplysninger

Oversigt over stamoplysninger, der kan være nødvendige ved konkrete patientkontakter:

- 1) Bopæl/opholdsadresse og eventuelt telefonnummer.
- 2) Oplysning om, hvem der er patientens nærmeste pårørende, og hvordan vedkommende om nødvendigt kan kontaktes. Det skal også fremgå, hvis patienten ikke ønsker, at de nærmeste pårørende kontaktes.

3) Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne.

4) Særlige forhold, fx kendte allergier.

5) Eventuel sundhedsfaglig kontaktperson og eventuelle samarbejdspartnere, eksempelvis sygehus, hjemmesygepleje eller egen læge.

Faglige og medicinske oplysninger

Henvendelsesårsag

Årsagen til patientkontakten skal journalføres ved første besøg, og hvis patienten selv tager initiativ til flere besøg. Hvis patientens ønsker og behov påvirker prioriteringen af undersøgelse og behandlingsforløb, skal dette også fremgå af journalen.

Kliniske fund

Alle kliniske, anamnestiske og radiologiske fund skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen, så der sikres en forsvarlig opfølgning på patientens videre behandling.

Undersøgelser, som viser normale forhold (negative fund), skal journalføres, hvis det har betydning for diagnosticering, fortsat undersøgelse og korrekt behandling af patienten, herunder til sikring af et sammenhængende forløb. Eksempler på ovenstående kan være en beskrivelse af fx kontrolrøntgen af en rodfyldning, røntgen før og efter en kronebehandling og røntgen før kirurgi.

Medicinsk anamnese

Der skal optages/ajourføres medicinsk anamnese umiddelbart før hvert invasivt indgreb. Den medicinske anamnese kan journalføres inde i kontinuationen eller på fortrykte skemaer med reference i kontinuationen og skal dateres.

Det er vigtigt, at den medicinske anamnese ajourføres.

Hvis der foretages opslag i FMK (fælles medicinkort) ved optagelse af den medicinske anamnese, skal kun relevant medicinering for den odontologiske behandling angives i journalen.

Lægemidler

Ved anvendelse og ordination af lægemidler skal navn, styrke, mængde, dosering og behandlingsvarighed journalføres. Den indikation, der danner baggrund for ordinationen, anføres altid. Det skal således fremgå af journalen, hvilken konkret sygdomstilstand der behandles.

Ved anvendelse af lokalanalgesi skal der desuden anføres anlægelsesmetode.

Røntgenoptagelser, kliniske fotos og andre bilag m.m.

Røntgenoptagelser, kliniske fotos, alle andre bilag og modeller m.m. journalføres med dato, patientnavn og personnummer eller anden entydig identifikation.

Indikation for optagelse af røntgenbilleder og CBCT-scanning skal også fremgå af journalen, og billederne skal beskrives i kontinuationen, så al patologi og tegn på patologi fremgår af journalen.

Samtykke eller afslag fra patienten til optagelse af røntgenoptagelse eller CBCT-scanning skal også journalføres.

Videresendelse af journalmateriale

Oplysninger om dato, patientnavn og personnummer skal være synlige på billederne, modellerne og andre bilag i forbindelse med videresendelse af journalmateriale til en kollega, anden sundhedsperson eller myndighed. Røntgen- og billedmateriale skal videresendes i originalt format eller tidligere indscannet format.

Diagnoser

Diagnose (årsag til behandling) skal altid journalføres inden behandling.

For hver behandling skal der angives en diagnose. Med baggrund i diagnosen skal der journalføres relevante behandlingsforslag og i nødvendigt omfang risici og prognose.

Diagnosen og behandlingsforslag, som blev journalført, fx ved sidste undersøgelse eller kontrol, er udgangspunktet for behandlingen, også når behandlingen udføres en anden dag.

Behandlinger, kontrol, hen- og tilbagevisninger og andre nødvendige oplysninger

Behandlingsplan, behandling og udført efterkontrol

Behandlingsplaner skal journalføres sammen med anslåede omkostninger i forbindelse med behandlingsvalg. Betalingsforhold og andre betalingsmæssige aftaler falder ikke inden for formålet med at føre journal.

Behandlingsplanen skal sikre sammenhæng mellem de kliniske fund og den fagligt begrundede behandling, der tilbydes patienten. Ved behandlinger, der væsentligt afviger fra sundhedsmyndighedernes faglige vejledninger eller anerkendte kliniske retningslinjer i øvrigt, skal de faglige overvejelser journalføres.

Journalen skal gengive den gennemførte sundhedsfremmende og forebyggende behandling, anden behandling og evt. opfølgende kontrolforløb med forventede tidsintervaller. Ved et kontrolbesøg skal det journalføres, hvad der blev kontrolleret, og hvad kontrollen viste.

Udføres behandling eller dele af behandling andetsteds, er henvisningen og en eventuel tilbagevisning/epikrise en del af journalen.

Økonomiske, familiemæssige og andre sociale forhold

Oplysninger om patientens økonomiske forhold, der har indflydelse på behandlingsvalget, samt familiemæssige forhold eller andre sociale forhold, der har betydning for samarbejde om patientforløbet, journalføres i nødvendigt omfang. Dette bør ske med patientens vidende.

5.3. Journalføring af information og samtykke til behandling

Ifølge sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Dette afsnit gælder kun journalføring af det informerede samtykke. Reglerne om indhentning af det informerede samtykke, herunder hvornår et samtykke skal være skriftligt eller mundtligt, og hvornår et stiltiende samtykke er tilstrækkeligt, er beskrevet i sundhedslovens §§ 15 – 21, og i bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Der er ingen formkrav til, hvordan dokumentationen af det informerede samtykke skal fremgå af journalen, men oplysningerne i journalen skal tilpasses den enkelte patient og omstændighederne, herunder hvor alvorlig sygdommen eller behandlingen er.

Den mundtlige og evt. skriftlige information, der er givet, og den beslutning som patienten eller den, der har givet samtykke på patientens vegne, har truffet på baggrund af informationen, skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen.

Hvis patienten helt eller delvist fravælger tilbudt undersøgelse eller behandling, skal dette journalføres. Den givne information om, hvilke eventuelle konsekvenser, som fravalget kan medføre, skal journalføres i nødvendigt omfang. Dette kunne være fx helbredsmæssige eller økonomiske konsekvenser.

Kravet til journalføringen af informationen øges, jo mere kompleks behandlingen er, og jo større risiko, der er for udvikling af komplikationer og bivirkninger. Omvendt vil kravet mindskes, hvis patienten kender behandlingen, og der ikke er ændringer i den information patienten tidligere har modtaget. I disse

tilfælde vil det fx være tilstrækkeligt at journalføre, at patienten eller dennes stedfortræder er informeret om behandlingen og risici og giver sit samtykke.

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist.

Har en patient stiltiende samtykket til en behandling, skal samtykket kun fremgå af journalen i nødvendigt omfang. Dette medfører, at samtykket ikke behøver at fremgå direkte af journalen i de situationer, hvor der alene er tale om almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, og hvor det er utvivlsomt, at patienten er enig i behandlingen. Det er dog vigtigt, at man ud fra journalnotatet kan se, at det har været en behandlingssituation omfattet af det stiltiende samtykke. Er sundhedspersonen i tvivl, om der er tilslutning fra patienten, skal udtrykkeligt samtykke indhentes, og samtykket journalføres.

Der kan fx være tale om en patient, som bestiller tid til et halvårligt forebyggende tandeftersyn. Det indebærer undersøgelsestiltag af helt almindelig karakter for en sådan klinisk undersøgelse. Her er det ikke nødvendigt at journalføre det ud fra sammenhængen stiltiende samtykke til de helt almindelige undersøgelser m.v., der foretages under en sådan klinisk undersøgelse.

6. Rettelser og tilføjelser

Oplysninger i en journal må ikke slettes eller gøres ulæselige. Dette gælder uanset, om journalen føres elektronisk eller på papir.

Der må kun foretages rettelser eller tilføjelser til journalen på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Slåfejl og skrivefejl må rettes i forbindelse med selve journalføringen.

Hvis det efterfølgende konstateres, at en oplysning er ukorrekt, må der kun ske rettelser ved at lave en korrigerende tilføjelse. Hvis det er teknisk muligt skal tilføjelsen indføres i direkte tilslutning til det oprindelige journalnotat. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelsen/tilføjelsen er foretaget.

I en elektronisk patientjournal skal den oprindelige version af oplysninger, der er ændret ved at rette, tilføje, skærme, blokere eller lignende, fortsat være tilgængelige. Elektroniske journaler bør være indrettet således, at det ikke er muligt at redigere eller overskrive oplysninger i journalen.

Patienten eller dennes pårørende kan ikke stille krav om at få bestemte oplysninger slettet eller tilført i journalen.

7. Journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.

Dette afsnit gælder kun journalføring af videregivelse og indhentning af oplysninger, aktindsigt m.v. Reglerne om videregivelse og indhentning af oplysninger, herunder regler om at patienten kan frabede sig, at oplysninger videregives eller indhentes samt reglerne om aktindsigt m.v., er nærmere beskrevet i sundhedsloven kapitel 9.

7.1. Videregivelse af journaloplysninger

Samtykke til videregivelse

Giver patienten samtykke til, at der kan videregives oplysninger fra sin journal, jf. sundhedslovens §§ 41, stk. 1, og 43, stk. 1 og 51, stk. 4, skal det journalføres. Det skal også fremgå, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilket formål, og hvem oplysningerne er videregivet til. Hvis et samtykke er givet skriftligt, skal det fremgå af journalen.

Den information, som patienten har fået som grundlag for at tage stilling til videregivelsen, skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen.

Videregivelse uden samtykke i forbindelse med og efter behandling af patienter

Hvis der videregives oplysninger uden patientens samtykke til brug for behandling, jf. sundhedslovens § 41, stk. 2, skal dette dokumenteres i journalen, når det er nødvendigt for en god og sikker patientbehand-

ling. Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag, herunder hvorfor oplysningerne videregives.

I nogle tilfælde vil videregivelse af oplysninger automatisk fremkomme i journalen, fx i et udskrivningsbrev. I de tilfælde skal de oplysninger ikke også noteres særskilt i journalen. Det skal dog sikres, at det fremgår af journalen, hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag.

Typisk vil det ikke være nødvendigt at journalføre, at oplysninger videregives mellem sundhedspersoner på samme behandlingssted/enhed.

Særligt om videregivelse af journaloplysninger fra tandlæge til selvstændig praktiserende tandplejer

Når en tandplejer får en patient i behandling, skal der som udgangspunkt videregives en kopi af hele journalen fra den tandlæge, som har eller har haft patienten i behandling, så tandplejeren har de fornødne oplysninger for at kunne varetage behandlingen af patienten fremadrettet. Det gælder både, når en tandplejer rekvirerer oplysninger fra en tandlæge om en patient, eller når en tandlæge videregiver journaloplysninger som led i, at patienten overgår til en tandplejer. Tandplejeren har som altovervejende hovedregel af hensyn til god og sikker patientbehandling brug for samtlige oplysninger fra journalen hos tandlægen.

Videregivelse uden samtykke til andre formål end behandling

Hvis der videregives oplysninger uden patientens samtykke til andre formål end behandling, jf. sundhedslovens §§ 43, stk. 2 og 45-47, skal dette i nødvendigt omfang dokumenteres i journalen. Hvis det vurderes nødvendigt, skal det fremgå af journalen, hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag, herunder hvorfor oplysningerne videregives.

Om det er nødvendigt at journalføre videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke vil blandt andet afhænge af, om videregivelsen er af betydning for patientbehandlingen eller anden relevant opfølgning på patientens forhold m.v.

Hvis der videregives oplysninger på baggrund af en pligt i en lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, skal det fremgå af journalen, hvad grundlaget for videregivelsen af oplysningerne er. Det kan fx være tilfældet, hvis en myndighed rekvirerer bestemte helbredsoplysninger til brug for myndighedens behandling af en sag. Det vil i den situation også være nødvendigt at journalføre, hvilke oplysninger der er videregivet og til hvem.

7.2. Samtykke til indhentning af oplysninger

Der er to situationer i sundhedsloven, hvor et samtykke til indhentning af oplysninger skal journalføres:

1. Hvis en patient giver samtykke til, at sundhedspersoner eller andre personer, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt, må indhente oplysninger om patienten, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten, jf. sundhedslovens § 42 a, stk. 3.

2. I de tilfælde, hvor der skal indhentes et skriftligt samtykke fra patienten til indhentning af oplysninger til andre formål end behandling, jf. sundhedslovens § 42 d, stk. 1, skal det skriftlige samtykke indføres i patientjournalen.

7.3. Hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Det skal journalføres, hvis patienten har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker, at oplysninger videregives eller indhentes. Det skal også fremgå, hvis patienten har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker, at bestemte sundhedspersoner videregiver eller indhenter oplysninger fra patientjournalen.

Det skal desuden fremgå af journalen, hvilken information patienten har fået om eventuelle konsekvenser ved, at oplysningerne ikke må videregives eller indhentes helt eller delvist.

7.4. Aktindsigt

Hvis patienten eller andre på vegne af patienten har anmodet om aktindsigt i patientjournalen, skal det journalføres, at der er givet aktindsigt i journalen, hvilke oplysninger der er udleveret, til hvem og på hvilket grundlag, herunder om eventuel fuldmagt.

Hvis aktindsigten vurderes at skulle begrænses, skal denne vurdering også journalføres. Det kan fx være tilfældet, hvis det vurderes, at en forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårigs patientjournal skal begrænses.

8. Ledelsens ansvar

Ledelsen på et behandlingssted har ansvaret for patientjournalens opbygning, struktur og adgangen til at foretage journalføring.

Ledelsen på et behandlingssted skal sikre

1. at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav i forbindelse med journalføring kan overholdes.
2. at patientjournalen struktureres, så den er overskuelig for de sundhedspersoner, som benytter den.
3. at det til enhver tid inden for opbevaringsperioden er muligt at identificere personale, som ikke fremgår af patientjournalen med navn.
4. skriftlige instrukser for journalføring ved tekniske nedbrud eller i øvrigt ved manglende adgang til patientjournalen.
5. procedurer for, at kun materiale, der er nødvendigt for patientbehandlingen, indgår i patientjournalen.
6. at det sundhedsfaglige personale, som benytter behandlingsstedets patientjournal, har de fornødne kompetencer til og muligheder for at journalføre.
7. tilstrækkelig oplæring af personalet i behandlingsstedets systemer.
8. den tilstrækkelige tid til journalføringen, da den er en del af behandlingen.

Hvis der skiftes journalsystem, er det ledelsens ansvar, at ovenstående forhold kan overholdes, og at behandlingsstedets personale har adgang til patientforløbets historik, samt at personalet er tilstrækkeligt oplært i det nye system.

8.1. Instrukser for journalføring

Ledelsen skal fastlægge de fornødne instrukser for journalføring på behandlingsstedet og i nødvendigt omfang følge op på, at der sker journalføring i overensstemmelse med lovgivningen.

Behovet for skriftlige instrukser for journalføring vil afhænge af behandlingsstedets organisering, karakteren af behandling på stedet m.v. Hvis behandlingsstedet bl.a. har mange sundhedspersoner tilknyttet, har løbende personaleudskiftning, benytter skiftende vikarer, har ansatte fra flere faggrupper, har ansatte under uddannelse m.v., vil det tale for, at der skal være en skriftlig instruks.

Instrukserne skal være tilgængelige for alt relevant personale hele døgnet.

8.2. Adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre

Det er et ledelsesansvar at sikre, at behandlingsstedets personale, som udfører sundhedsfaglige opgaver, i fornødent omfang har fysisk og teknisk adgang til patientjournalen, så de kan benytte oplysninger fra journalen til at varetage patientbehandlingen, og at personalet i nødvendigt omfang har mulighed for at journalføre udført behandling. Ledelsen skal sikre, at de relevante medarbejdere, herunder vikarer, har læse- og skriveadgang til journalen.

8.3. Den virksomhedsansvarlige tandlæge

På behandlingssteder, som er omfattet af lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger, har den virksomhedsansvarlige tandlæge et overordnet ansvar for, at stedet følger lovgivningen om patientjournaler.

Dette overordnede ansvar supplerer, men tilsidesætter ikke den enkelte sundhedspersons selvstændige ansvar for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med journalføring.

Den virksomhedsansvarlige tandlæge skal kontrollere, at den sundhedsfaglige virksomhed, herunder journalføring, udføres i overensstemmelse med god faglig praksis og med de pligter, der er fastsat i lovgivningen samt i vejledninger og retningslinjer for sundhedsfaglig virksomhed inden for området.

Den virksomhedsansvarlige tandlæge skal sørge for, at der er de nødvendige instrukser til sikring af en god og forsvarlig journalføring, kontrollere journalføringspraksissen på behandlingsstedet og sørge for, at patientjournalen er indrettet korrekt.

8.4. Tekniske nedbrud m.v.

Der kan være tilfælde, hvor et journalsystem ikke er tilgængeligt, fx ved it-nedbrud. I disse situationer er det ledelsens ansvar, at der er skriftlige instrukser, der beskriver procedurer for, hvordan journalføringen i perioden håndteres.

Det skal være klart, hvordan der skal journalføres, indtil journalsystemet fungerer igen, og hvordan denne journalføring efterfølgende indføres i den elektroniske patientjournal.

Instruksen skal forebygge tvivlssituationer hos personalet, da undladelse af journalføring eller forkert håndtering kan medføre alvorlig risiko for patientsikkerheden.

9. Opbevaring og overdragelse af journaler

9.1. Opbevaring

Patientjournalerne skal opbevares i mindst 10 år regnet fra den seneste optegnelse i patientjournalen.

Opbevaringspligten omfatter hele journalen. Hvis dele af journalen foreligger på papir, og dele af journalen foreligger elektronisk, gælder opbevaringsperioden for hele journalmaterialet.

Røntgenbilleder og andet billeddiagnostisk materiale kan efter en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der behandlingsmæssigt er behov for, tilintetgøres efter 5 år. Beskrivelser af billeddiagnostisk materiale skal dog altid opbevares i hele opbevaringsperioden.

Modeller skal opbevares så længe, de har betydning for behandlingen af patienten.

Opbevaringsperiodens udløb

Når opbevaringsperioden udløber, skal journalen ikke længere opbevares efter reglerne i autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen, men efter de generelle regler for opbevaring af personoplysninger.

Der findes særlige regler om bevaring og kassation i Arkivloven, lov nr. 1201 af 28. september 2016, når opbevaringspligten ophører. Dette omfatter som udgangspunkt kun offentlige institutioner. For nærmere information om arkivlovgivningen henvises til Rigsarkivet.

Når opbevaringspligten er udløbet, skal det enkelte behandlingssted tage stilling til, om der er grundlag for en længere opbevaring. Er det ikke tilfældet, skal patientjournalen slettes.

For nærmere information om databeskyttelseslovgivningen henvises til Datatilsynet.

9.2. Overdragelse

Ophør, lukning, konkurs m.v.

Når et behandlingssted, hvor privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner udfører sundhedsfaglig behandling, ophører, og behandlingsstedet ikke er overdraget til fortsat drift, skal patientjournalerne som udgangspunkt overdrages til Styrelsen for Patientsikkerhed til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden.

Pligten til at overdrage patientjournalerne påhviler ledelsen på det behandlingssted, der er ophørt. I tilfælde af ejerens død eller konkurs er det boet, som har pligten.

En privatpraktiserende sundhedsperson, som har fået frataget sin autorisation midlertidigt eller permanent, betragtes som ophørt.

Overdragelse af behandlingssted m.v.

Når et behandlingssted, hvor privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner udfører sundhedsfaglig behandling, overdrages til fortsat drift inden for samme faggruppe, skal patientjournalerne som udgangspunkt overdrages til den, der har overtaget praksis.

Dette gælder således som udgangspunkt kun overdragelse af praksis inden for samme autoriserede faggruppe, jf. dog afsnit om *overdragelse mellem tandlæger og tandplejere*.

Hvis det er praktisk muligt, er det ledelsens opgave at oplyse patienterne generelt eller konkret om, at patientjournalerne er overdraget til den, som behandlingsstedet er overdraget til. Patienterne skal i den forbindelse informeres om, at det er muligt at tilkendegive, at de ikke ønsker deres patientjournal overdraget.

Dette kan fx ske ved, at der gives besked til alle praksissens patienter. Hvis dette ikke er praktisk muligt, kan der informeres via et opslag i behandlingsstedets venteværelse eller lignende. Hvis det ikke på nogen måde er praktisk muligt at oplyse patienterne om overdragelsen, kan journalerne overdrages til den, der har overtaget behandlingsstedet, uden at patienterne informeres.

Særligt for overdragelse mellem tandlæger og tandplejere

I den situation, hvor en tandplejer overtager en tandlægepraksis, skal vedkommende samtidig overtage opbevaringspligten for patienternes journaler. En tandlæge kan ligeledes overtage en tandplejerpraksis og samtidig overtage opbevaringspligten for patienternes journaler.

Den overdragende tandlægepraksis eller tandplejerpraksis skal orientere patienten om overdragelsen af journalen, og patienten kan tilkendegive, at denne ikke ønsker sin patientjournal overdraget.

En patients nye tandlæge vil altid have adgang til at overtage en tidligere tandlægejournal til videre opbevaring, hvis journalen har været overdraget til en tandplejer i forbindelse med køb af en tandlægepraksis, og patienten igen får behov for tandlægebehandling.

En patients nye tandplejer vil altid have adgang til at overtage en tidligere tandplejerjournal til videre opbevaring, hvis journalen har været overdraget til en tandlæge i forbindelse med køb af en tandplejerpraksis, og patienten igen får behov for tandplejerbehandling.

I situationer, hvor der ikke er tale om overdragelse af patientjournaler mellem tandlæger og tandplejer ved praksisoverdragelse, er det videregivelsesreglerne i Sundhedsloven, der gælder, se afsnit 7 om journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.

Overdragelse af journaler til Styrelsen for Patientsikkerhed efter praksisoverdragelse

Hvis patienten ikke ønsker, at patientjournalen overdrages til det nye behandlingssted, skal patienten informeres om, at patientjournalen overdrages til Styrelsen for Patientsikkerhed til fortsat opbevaring, indtil patienten eventuelt anmoder om at få patientjournalen overdraget til et andet behandlingssted inden for samme faggruppe, eller opbevaringsperioden udløber.

Hvis overdragelse af journalen til Styrelsen for Patientsikkerhed ikke er sket i umiddelbar tilknytning til praksisoverdragelsen, kan journalen ikke senere overdrages til Styrelsen for Patientsikkerhed. Den overtagende ledelse vil på dette tidspunkt have overtaget opbevaringspligten for journalen, og denne opretholdes indtil behandlingsstedet igen overdrages eller ophører, opbevaringspligten udløber, eller patienten skifter til et andet behandlingssted og i den forbindelse vælger at lade journalen overgå til det nye behandlingssted.

Pligten til at overdrage patientjournalerne til Styrelsen for Patientsikkerhed påhviler den, der har overtaget praksis.

Overdragelse med patientens samtykke

Patienten vælger et nyt behandlingssted

Hvis en patient vælger et andet behandlingssted inden for samme faggruppe, uden at det sker ved praksisophør eller praksisoverdragelse, skal patientjournalen overdrages til det nye behandlingssted, hvis patienten giver sit samtykke til det.

Patienten kan afgive sit samtykke til enten den autoriserede sundhedsperson, der overdrager patientjournalen, eller til den autoriserede sundhedsperson, der skal modtage patientjournalen. Samtykket kan gives enten mundtligt eller skriftligt og skal journalføres.

Hvis en patient anmoder om at få overdraget sin journal til et andet behandlingssted inden for samme faggruppe, overgår opbevaringspligten til det behandlingssted, der overtager patientjournalerne.

Hvis patienten ikke giver sit samtykke til overdragelsen af patientjournalen, påhviler opbevaringspligten det tidligere behandlingssted.

Enkeltstående behandlinger

En patient, der i enkeltstående tilfælde er blevet behandlet af en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson, uden at der er tale om en fast tilknytning til denne, kan give samtykke til, at opbevaringspligten for patientjournalen overdrages til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe efter patientens valg.

Et eksempel på dette kan være, at en patients privatpraktiserende tandlæge, tandplejer eller kliniske tandtekniker holder ferielukket, og patienten derfor får foretaget en enkeltstående behandling hos en anden tandlæge, tandplejer eller klinisk tandtekniker og herefter giver samtykke til, at journalen må overdrages til patientens egen tandlæge, tandplejer eller klinisk tandtekniker, så denne kan se, hvilken behandling patienten har fået foretaget.

Et andet eksempel på dette kan være, at en patient, der er tilknyttet en kommunal tandpleje, får behandling i en anden kommunal tandpleje, der varetager ferievagtordning for flere kommuner, og vedkommende derfor får foretaget en enkeltstående behandling i en anden kommunal tandpleje og herefter giver samtykke til, at opbevaringspligten for journalen overdrages til den kommunale tandpleje, hvor patienten normalt er tilknyttet, så den sædvanlige tandplejer kan se, hvilken behandling, der er foretaget.

10. Ikrafttrædelse

Denne vejledning har virkning fra 1. januar 2026.

Vejledningen ophæver Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning nr. 9389 af 14. juni 2024 om journalføring på det tandfaglige område.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den 1. december 2025

HENRIK KRISTENSEN

/ Tina Christensen