

Lekarz prowadzący praktykę zawodową jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną. Dokumentację prowadzi się w formie pisemnej (do 1.08.2014r) lub elektronicznej. Dokumentacja musi być czytelna, zawierać dane pacjenta, przy każdym wpisie musi być umieszczona data i podpis lekarza oraz numer wpisu do rejestru praktyk. Żadnego wpisu nie można usunąć. Dokumentacja musi być zabezpieczona przed zniszczeniem i gwarantować zachowanie poufności. Dokumentacja dzieli się na wewnętrzną, zawierającą historię zdrowia i choroby, wyniki badań itd. oraz zewnętrzną, obejmującą skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, na badania diagnostyczne itp.

W praktykach zawodowych dokumentację przechowuje się przez okres 10 lat licząc od ostatniego wpisu. Jedynie w przypadku śmierci na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia przechowuje się ją przez 30 lat. Archiwalną dokumentację przechowuje się przez okres 20 lat, dokumentację indywidualną wewnętrzną w przypadku śmierci na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia - przez okres 30 lat. Zdjęcia rentgenowskie, skierowania na badania i zlecenia lekarzy przechowuje się przez okres 10 lat. Po upływie tych okresów dokumentacja powinna być zniszczona, tak, by nie można było zidentyfikować pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek pacjenta w formie kserokopii lub wypisu. Koszty sporządzenia kopii pokrywa pacjent.

Lekarz, lekarz dentyista ma obowiązek wskazać miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej.