

Ansökan om spärr av patientuppgifter

1. Uppgifter om patienten

Personnummer
Namn

2. Uppgifter om spärråtgärd

Ansökan om spärr avser
<input type="checkbox"/> Sättande av spärr
<input type="checkbox"/> Hävning av spärr

3. Spärrens omfattning

Jag vill spärra
<input type="checkbox"/> Att annan vårdgivare kan ha direktåtkomst till mina journaluppgifter hos Region Örebro län genom sammanhållen journalföring (s.k. <i>yttre spärr</i>)
<input type="checkbox"/> Att olika enheter inom Region Örebro län kan ta del av uppgifter om mig (s.k. <i>inre spärr</i>)
<i>Ange nedan vilken/vilka enhet/er du vill spärra. Det går bra att skriva även på baksidan av blanketten.</i>
Borttagning av spärr
<input type="checkbox"/> Mellan olika vårdgivare inom sammanhållen journalföring (s.k. <i>yttre spärr</i>)
<input type="checkbox"/> Mellan olika enheter inom Region Örebro län (s.k. <i>inre spärr</i>)
<i>Ange nedan vilken/vilka enhet/er där du vill häva spärr. Det går bra att skriva även på baksidan av blanketten.</i>

4. Uppgifter om mottagare av begäran

Jag intygar att patienten har fått dokumentet "Information till patient om spärr i patientjournalen" och att legitimation har kontrollerats. Inför spärr av barnets journal har barnets mognad och utveckling bedömts.	
Namn	Användar-ID
Vårdenhet	Telefon
Underskrift	Ort och datum

5. Patientens godkännande och underskrift

Genom min underskrift intygar jag att jag har läst "Information till patient om spärr i patientjournalen". Jag är införstådd att jag i och med spärrningen av uppgifterna i journalen själv ansvarar för att informera sjukvårdspersonalen om det de behöver veta.	
Underskrift	Ort och datum