

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 för vårdgivarna Region Örebro län, Capio Närsjukvård AB, Vivalla Vårdcentral AB, Praktikertjänst AB och Freya Vårdcentral

3. Spärrrens omfattning

Alla dina uppgifter i vården omfattas alltid av sekretess och tystnadsplikt, detta gäller oavsett satta spärrar. Det innebär att bara den personal som vårdar dig eller administrerar din vård får ta del av dina uppgifter. Loggning sker så fort en personal har tagit del av din journal och loggarna granskas regelbundet.

Om du väljer att spärra din journal är det viktigt att tänka på att vårdpersonalen inte har tillgång till hela din journal för att göra en fullständig bedömning av ditt hälsotillstånd. Du ansvarar själv för att informera personalen om det de behöver veta om du valt att spärra din journal. Det är särskilt viktigt för dig som har svåra allergier, speciellt mot läkemedel, du som behandlas med blodförtunnande medel eller har andra allvarliga sjukdomstillstånd.

Jag vill spärra

Att annan vårdgivare kan ha direktåtkomst till mina journaluppgifter hos samtliga eller specifika ovan nämnda vårdgivare genom sammanhållen journalföring (s.k. yttre spärr).

Ange nedan vilken/vilka vårdgivare du vill spärra. Det går bra att skriva även på baksidan av blanketten.

Att olika enheter inom någon av de ovan nämnda vårdgivarna kan ta del av uppgifter om mig (s.k. inre spärr).

Ange nedan vilken/vilka enhet/er du vill spärra. Det går bra att skriva även på baksidan av blanketten.

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

Blanketten skickas med internpost till: Administration & Service, Logg- & Spärrhantering