

Spärr avseende uppgifter i elektronisk patientjournal

Jag motsätter mig att uppgifter som finns i min elektroniska patientjournal delas mellan olika vårdenheter inom Västra Götalandsregionen och/eller med andra vårdgivare. Jag är införstådd med att jag, i och med spärrningen av uppgifterna i journalen, får informera sjukvårdspersonalen om det de behöver veta i en vårdssituation.

Mer information om patientdatalagen och spärrning respektive hävning av spärr finns på <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Patientjournalen/>

Spärr inom Västra Götalandsregionen

Den spärrade enheten eller tidsperioden blir spärrad för andra vårdenheter inom Västra Götalandsregionen och andra vårdgivare(sammanhållen journalföring).

☐ Jag vill spärra mina uppgifter på

vårdenhet (klinik)	_____	på sjukhuset	_____
vårdenhet (klinik)	_____	på sjukhuset	_____
vårdenhet (klinik)	_____	på sjukhuset	_____
vårdenhet (klinik)	_____	på sjukhuset	_____
vårdenhet (klinik)	_____	på sjukhuset	_____
och/eller			
vårdenhet (vårdcentral)	_____		
vårdenhet (vårdcentral)	_____		
vårdenhet (vårdcentral)	_____		
vårdenhet (vårdcentral)	_____		

Spärr för sammanhållen journalföring (för mer information se bifogad broschyr)

☐ Jag vill inte vara med i sammanhållen journalföring

Patient

Ort och datum _____

Patientens namn _____

Patientens personnummer _____

Patientens underskrift _____

Telefonnummer till patient (dagtid) _____

Vårdpersonal intygar kontroll av id-handling

Verksamhetens namn och ort _____

Patientens identitet kontrollerad av
vårdpersonal (underskrift) _____

Namnförtydligande _____

VGR-ID (eller telefonnummer om blanketten signeras utanför
Västra Götalandsregionen) _____

☐ Ja, jag vill ha en bekräftelse skickad via rekommenderat brev när ärendet är slutfört.

☐ Nej, jag önskar ingen bekräftelse.

OBS! BLANKETTEN MÅSTE VARA UNDERTECKNAD AV VÅRDPERSONAL FÖR ATT VARA GILTIG. KOM IHÅG VGR-ID.

Blanketten skickas med post till VGR IT, IT/Behörigheter, Flöjelbergsgatan 2, 431 35 Mölndal.

Anvisningar vid ifyllande av spärrblankett

Med **vårdgivare** menas ett landsting - Västra Götalandsregionen (VGR) eller en privat vårdgivare i VGR.

Vårdenhet motsvarar klinik eller en vårdcentral.

Här anges den vårdenhet du önskar spärra. Spärren innebär att endast personal inom vårdenheten har åtkomst till din elektroniska journal. Ingen utanför den angivna vårdenheten har åtkomst.

Ett kryss här innebär att din elektroniska journal hos Västra Götalandsregionen spärras för andra landsting och privata vårdgivare.

Glöm ej att blanketten ska vara undertecknad av dig som patient samt av vårdpersonal som styrkt din identitet. Ej fullständigt ifyllt blankett returneras för komplettering.

Vid frågor angående hur man fyller i blanketten kontakta Spärr- och loggservice på telefonnummer 0774-44 10 10.

 **VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN**
REGIONKANSLIET

→ → → → → → → 2.4

Spärr-avseende-uppgifter-i-elektronisk-patientjournal

Jag motsätter mig att uppgifter som finns i min elektroniska patientjournal delas mellan olika vårdenheter inom Västra Götalandsregionen och/eller med andra vårdgivare. Jag är införstådd med att jag, i och med spärrningen av uppgifterna i journalen, får informera sjukvårdspersonalen om det de behöver veta i en vårdsituation.

Mer information om patientdatalagen och spärrning respektive hävning av spärr finns på:
<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Patientjournalen/>

Spärr-inom-Västra-Götalandsregionen

Den spärrade enheten eller tidsperioden blir spärrad för andra vårdenheter inom Västra Götalandsregionen och andra vårdgivare (sammanshållen journalföring).

☐ Jag vill spärra mina uppgifter på

.....vårdenhet (klinik)..... på sjukhuset.....

.....vårdenhet (klinik)..... på sjukhuset.....

.....vårdenhet (klinik)..... på sjukhuset.....

.....vårdenhet (klinik)..... på sjukhuset.....

.....vårdenhet (klinik)..... på sjukhuset.....

.....och/eller.....

.....vårdenhet (vårdcentral).....

.....vårdenhet (vårdcentral).....

.....vårdenhet (vårdcentral).....

.....vårdenhet (vårdcentral).....

Spärr-för-sammanshållen-journalföring (för mer information se bifogad broschyr)

☐ Jag vill inte vara med i sammanshållen journalföring

Patient: →	→	→	→	→	Vårdpersonal intygar kontroll av id-handling
Ort och datum	→	→ Verksamhetens namn och ort			
Patientens namn	→	→ Patientens identitet kontrollerad av			
Patientens personnummer	→	→ vårdpersonal (underskrift)			
Patientens underskrift	→	→ Namnförtydligande			
Telefonnummer till patient (dagtid)	→	→ VGR-ID (eller telefonnummer om blanketten signeras utanför Västra Götalandsregionen)			

☐ Ja, jag vill ha en bekräftelse hemskickad till min folkbokföringsadress när ärendet är slutfört.

☐ Nej, jag önskar ingen bekräftelse.

OBS! BLANKETTEN MÅSTE VARA UNDERTECKNAD AV VÅRDPERSONAL FÖR ATT VARA GILTIG. KOM IHÅG VGR-ID.

Blanketten skickas med post till Service-Center/RGF, VGR-IT, Bergfotsgatan 2 A, 431 35 Mölndal.

Anvisningar för hur blanketten ska fyllas i finns på baksidan.