

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"/> Jag vill spärra uppgifterna för en bestämd tidsperiod	
	<table border="1"> <tr> <td>Fr.o.m.</td> <td>T.o.m.</td> </tr> </table>	Fr.o.m.
Fr.o.m.	T.o.m.	
	<input type="checkbox"/> Jag vill spärra uppgifterna oavsett tidsperiod	
<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>
Jag vill häva 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

Mer information om lagstiftning och spärrning respektive hävning av spärr finns på Region Örebro läns webbplats www.regionorebrolan.se; 1177.se/Orebrolan eller på tfn 019- 602 10 01 vardagar mellan 10-11. Du kan lämna ditt meddelande på telefonsvarare vardagar mellan 8-16:30 om du önskar bli uppringd av Vårdslussens personal.

Information till vårdpersonal som tar emot blanketten:

Se rutiner för hantering av blanketten på regionens intranät <http://intra.orebroll.se/sparrmarkering/>
 Blanketten skickas med internpost till: Avdelning Vårdssystem; Fredsgatan 31 Örebro.