# Blankett för spärrhantering

Jag är införstådd med att jag i och med spärrningen av uppgifter i min patientjournal själv ansvarar för att informera om vad vårdpersonalen behöver veta för att kunna ge mig en god och säker vård.

|  |
| --- |
| * Jag önskar att åtkomst till min journal på Karolinska Universitetssjukhuset spärras. * Jag önskar häva spärr i min journal på Karolinska Universitetssjukhuset. |
| * **Vårdgivarspärr** Spärr för annan vårdgivare   *(Endast behörig personal hos Karolinska och inom Stockholms*  *läns sjukvårdsområde (SLSO), kan ta del av journalen)*  *Tillval*:   * Läkemedelsjournal * Viktig medicinsk information * Patientuppgifter |
| * **Spärr för vårdenhet**Spärr för vårdenheter inom Karolinska  *(Journaluppgifter hos en vårdenhet vid Karolinska blir endast*   *tillgänglig för personal inom vårdenheten*)  *Tillval*:   * Läkemedelsjournal * Viktig medicinsk information * Patientuppgifter   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ange vårdenhet** |

…………………………………………..  
Beställarens personnummer

……………………………………………………………………………………..

Beställarens namnteckning och namnförtydligande

……………………………………………

Telefon