# 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