

Upprättare: Lisa M Knutsson Fröjd

Patientbegärd spärr- Blankett för patient. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Enl. 4 kap 4§ Patientdatalagen (2008:355) har jag som patient rätt att spärra hela eller delar av min journal inom Region Gävleborg. Jag kan häva spärr när jag vill.

Jag/patienten har tagit del av informationen i foldern ”*Patientinformation om spärr av journal*” om vad det innebär att spärra journalinformation inom Region Gävleborg.

1.1. Personuppgifter

Namnförtydligande	Personnummer/samordningsnummer
Adress	Telefon
Postnummer, ort	

1.2. Spärra journal

1.2.1. Inre spärr

Jag vill begära **inre spärr** (inom vårdgivaren Region Gävleborg) på **hela journalen** inom ett/flera verksamhetsområde/n (t ex gynekologi, ortopedi, psykiatri mm) och/eller hälsocentral/er. Ange vilka verksamhetsområden nedan.

Ange vilket/vilka verksamhetsområden och/eller hälsocentraler den inre spärren ska gälla:

--

Jag vill begära **inre spärr** (inom vårdgivaren Region Gävleborg) på **delar av min journal** inom ett/flera verksamhetsområde/n (t ex gynekologi, ortopedi psykiatri mm) och/eller hälsocentral/er. Ange vilka verksamhetsområden och vilken vårdkontakt/vårdtillfälle nedan.

Ange vilket/vilka verksamhetsområden och/eller hälsocentraler den inre spärren ska gälla:

Vårdkontakt/vårdtillfälle som ska spärras	Datum för vårdkontakt som ska spärras

1.2.2. Yttre spärr

Jag vill begära **yttre spärr** (sammanhållen journal) på **hela journalen** inom en/flera vårdgivare. Ange vilka vårdgivare nedan.

Ange vilka vårdgivare den yttre spärren ska gälla:

Jag vill inom Nationell Patient Översikt (NPÖ) spärra läkemedelsinformation.

Jag vill inom Nationell Patient Översikt (NPÖ) spärra uppmärksamhetsinformation (t ex överkänslighet mot penicillin).

1.3. Häva spärr

Jag vill **häva inre spärr för hela min journal** inom verksamhetsområde/n och/eller hälsocentral/er. Ange vilka verksamhetsområden nedan.

Ange vilket/vilka verksamhetsområden och/eller hälsocentraler den inre spärren ska hävas:

Jag vill **häva inre spärr på delar av min journal** inom följande verksamhetsområde/n och eller hälsocentral/er. Ange vilka verksamhetsområden och vilken vårdkontakt/vårdtillfälle nedan.

Ange vilket/vilka verksamhetsområden och/eller hälsocentraler den inre spärren ska hävas:

Vårdkontakt/vårdtillfälle där spärren ska hävas

Datum för vårdkontakt där spärren ska hävas

Jag vill **häva yttre spärr på hela min journal** inom en/flera vårdgivare. Ange vilka vårdgivare nedan.

Ange vilka vårdgivare den yttre spärren ska hävas för:

Blanketten lämnas personligen till valfri vårdenhet inom Region Gävleborg. Ytterligare frågor om vad det innebär att spärra din journal besvaras av din vårdpersonal.

Skriftlig bekräftelse utgår när åtgärden är utförd.

Jag vill inte ha någon bekräftelse skickad till min folkbokföringsadress

Datum

Underskrift (patient)

Personnummer:

Mottagare inom hälso- och sjukvården har kontrollerat patients identitet