**Begäran om hävning av spärr i** **journaluppgifter**

**Vårdgivare**

Den vårdgivare hos vilken uppgifterna finns och där spärren skall hävas:

|  |
| --- |
|  |

Exempel: Region/landsting/privat vårdgivare

## Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer |  |
| Namn |  |
| Telefon dagtid |  |
| Gatuadress |  |
| Postadress |  |
| Postnummer |  |

## Hävning av spärr

### **Yttre spärr**

Jag vill häva samtliga spärrar hos ovan angiven vårdgivare

### **Inre spärr**

Jag vill häva spärrar som finns i min patientjournal vid specifik vårdenhet. Ange vårdenhet nedan:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Exempel: Ortopedkliniken, Capio S:t Görans sjukhus

## Patientens godkännande och underskrift

|  |  |
| --- | --- |
| Underskrift | Ort och datum |
|  |  |

## Personalens underskrift

ID-kontroll har utförts

Ovan angivna uppgifter om att häva spärr har noterats efter patientens begäran.

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Anställd vid vårdgivare och vårdenhet |  |
| HSA-id |  |
| Telefon |  |
| Underskrift | Ort och datum  |
|  |  |