



## Blankett för begäran av journalspärr i journalsystemet TakeCare

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

### Vårdgivarnivå Danderyds sjukhus AB

Journaltexten spärras automatiskt och ingår alltid i en spärrbegäran.

- Ja, jag vill spärra min journal på vårdgivarnivå
- Nej, jag vill inte spärra min journal på vårdgivarnivå

### Spärrgruppsnivå Danderyds sjukhus AB

Journaltexten spärras automatiskt och ingår alltid i en spärrbegäran.

- Ja, jag vill spärra min journal på spärrgruppsnivå
- Nej, jag vill inte spärra min journal på spärrgruppsnivå

Om du har kryssat för alternativ **ja**, behöver du markera nedan den klinik/kliniker du **har haft vårdkontakt** med och som du önskar utföra spärra vid.

**Markera den klinik(er) du haft vårdkontakt med och önskar utföra spärr vid:**

- Anestesi- och intensivvårdskliniken
- Fysiologkliniken
- Geriatriska kliniken
- Hjärtkliniken, akutmottagning hjärt
- Hudkliniken
- Infektionskliniken
- Kirurg- och urologkliniken, akutmottagning kirurg, akutmottagning urologi
- Kvinnokliniken, akutmottagning gynekologi
- Kvinnokliniken (enbart förlossningsjournal)
- Logopedkliniken
- Medicinkliniken, akutmottagning medicin
- Neurologkliniken
- Njurmedicinska kliniken
- Ortopedkliniken, akutmottagning ortopedi
- Radiologi (Röntgen och Nuklearmedicin)
- Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken
- Reumatologkliniken

Fick du, på grund platsbrist, vistas på annan klinik när du fick vård?  
Om ja, ange vilken klinik:

---

**Begäran om spärr av tilläggsval**

- Nej, jag vill inte spärra något tilläggsval
- Ja, jag vill även spärra Läkemedelsdelen
- Ja, jag vill även spärra Viktig Medicinsk Information (VMI)
- Ja, jag vill även spärra Patientinformation

*Jag är införstådd med att jag i och med spärren av uppgifter i min patientjournal själv ansvarar för att informera vad sjukvårdspersonalen behöver veta för att kunna ge mig en säker vård och att en spärr hos en vårdgivare inte går att häva eller nödöppna av en annan vårdgivare även om det gäller en nödsituation.*

---

Datum och underskrift

Fullständigt ifylld blankett inklusive kopia av giltig id-handling skickas till:

Danderyds Sjukhus AB

Registrator

182 88 Stockholm

Om blanketten är ofullständig eller kopia av giltig id-handling saknas kommer inte din begäran att genomföras, den blir då returnerad till dig för komplettering.