

Ange vad begäran avser:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Begränsa (blockera) båda vårdnadshavares åtkomst till barnets journal via nätet och inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster | <input type="checkbox"/> Häva begränsning (blockering) av båda vårdnadshavares åtkomst till barnets journal via nätet och inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster |
| <input type="checkbox"/> Begränsa (blockera) <u>en</u> vårdnadshavares åtkomst till barnets journal via nätet och inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster. | <input type="checkbox"/> Häva begränsning (blockera) av <u>en</u> vårdnadshavares åtkomst till barnets journal via nätet och inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster. |
| <input type="checkbox"/> Låsa invånarens inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster | <input type="checkbox"/> Häva låsning av invånarens inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster |
| <input type="checkbox"/> Begränsa (försegla) invånarens åtkomst till Journalen via nätet för följande enhet(er):
<i>Om inget annat anges förseglas hela Journalen tills vidare.</i> | <input type="checkbox"/> Häva begränsning (försegling) av invånarens åtkomst till Journalen via nätet för följande enhet(er):
<i>Om inget annat anges så hävs hela förseglingen.</i> |

Enhetens namn:

Enhetens HSA-ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ange vårdnadshavares personnummer och namn i det fall endast en vårdnadshavare skall begränsas.

Vårdnadshavares personnummer

Vårdnadshavares för- och efternamn

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Anledning till begäran:

- Socialtjänstutredning Vårdande verksamhet Förundersökning

Invånarens personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD-NNNN)
(OBS! Barnets personnummer vid blockering)

Invånarens för- och efternamn
(OBS! Barnets namn vid blockering)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Kontaktperson i verksamheten

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ange e-post för bekräftelse på genomförd begränsning:

Underskrift av beslutsfattare:

Undertecknad tar ansvar för att omprövning av beslut görs regelbundet tills beslut om hävning tas.

Datum

Underskrift

Organisation/verksamhet

Namnförtydligande och titel/roll

Skicka in:

Skicka in blanketten ifylld och undertecknad till:

Med post:

Invånartjänster för e-hälsa
Digitaliseringsavdelningen
Region Uppsala
Box 602
751 25 UPPSALA

Med internpost:

Invånartjänster för e-hälsa
Digitaliseringsavdelningen vid regionkontoret

Vårdande verksamhet registrerar ärendet via EASIT
självservice på intranätet. Registrera ett nytt ärende,
välj *Invånartjänster*.

För frågor kring handläggning:

1177etjanster@region uppsala.se

Obs Skicka inga personuppgifter via epost!

Alla ärenden hanteras skyndsamt!

Vid akuta ärenden finns beredskapsjour:

Vardagar 8-16:45 tel. 018-617 15 99

Övriga tider 0740-40 48 05 (beredskap i hemmet).

Skicka därefter blanketten till Invånartjänster för e-hälsa.