



ANSKAFFNING / UTLÄMNING AV KLIENTHANDLINGAR

Patientens namn,
personbeteckning

Jag ger mitt medgivande till **UTLÄMNING** av mina/min myndlings klientuppgifter

Uppgifterna lämnas ut av

Uppgifternas mottagare

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> remitterande läkare | <input type="checkbox"/> övrig vårdande läkare |
| <input type="checkbox"/> hälsocentralläkare | <input type="checkbox"/> tandläkare |
| <input type="checkbox"/> företagshälsovård | <input type="checkbox"/> övrig instans, ex. vårdinrättning/
anhörig, namn: |

Uppgifter som utlämnas; medgivande gäller följande sjukberättelseuppgifter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alla vårduppgifter | <input type="checkbox"/> uppgifter om tandvård för tiden: |
| <input type="checkbox"/> vårduppgifter för tiden: | <input type="checkbox"/> socialarbetets klientuppgifter |
| <input type="checkbox"/> sammandrag över vården (epikris) för tiden: | <input type="checkbox"/> övriga uppgifter, vilka: |
| <input type="checkbox"/> uppgifter om laboratorieundersökningar för tiden: | |
| <input type="checkbox"/> uppgifter om röntgenundersökningar för tiden: | |

Jag ger mitt medgivande till **ANSKAFFNING** av mina/min myndlings klientuppgifter

Varifrån får uppgifter
anskaffas ?

Uppgifter som anskaffas; medgivande gäller följande sjukberättelseuppgifter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alla vårduppgifter | <input type="checkbox"/> uppgifter om tandvård för tiden: |
| <input type="checkbox"/> vårduppgifter för tiden: | <input type="checkbox"/> övriga uppgifter, vilka: |
| <input type="checkbox"/> sammandrag över vården (epikris) för tiden: | |
| <input type="checkbox"/> uppgifter om laboratorieundersökningar för tiden: | |
| <input type="checkbox"/> uppgifter om röntgenundersökningar för tiden: | |

Adress dit uppgifterna
skickas

Medgivande

Jag bekräftar medgivande
med min underteckning

Förbud

Jag samtycker inte till utlämning av
mina/min myndlings
klientuppgifter och bekräftar förbudet
med min underteckning

Datum

Underteckning och namnförtydligande

Detta medgivande eller förbud kan återtogs skriftligt när som helst

Blanketten returneras undertecknad till Lovisa grundtrygghetscentral/patientarkivet,
Öhmansgatan 4, PB 89, 07901 Lovisa