

Beställning av annan patients journalkopior med fullmakt

Det är viktigt att du fyller i hela blanketten. Om vi saknar uppgifter måste vi kontakta dig för komplettering och det kan ta längre tid innan du får beställda journalkopior. Vi kan bara ta emot beställningar som gäller ambulanssjukvårdsförvaltningen i Stockholm.

Tidsperiod

Hos ambulanssjukvårdsförvaltningen kan du beställa journalkopior från och med 2000-04-01 och framåt. Äldre journaler (fram till och med 2000-03-31) förvaras hos Regionarkivet i Stockholm.

Sekretessprövning

Innan varje utlämning av journalkopior sker alltid en sekretessprövning. Det innebär att vi tar reda på om uppgifter kan lämnas ut utan att det kan skada patienten eller närstående.

Informationssäkerhet

Observera att ambulanssjukvårdsförvaltningen rekommenderar att blanketten skickas med vanlig post. Detta då vi inte kan garantera att sekretessen inte bryts om du väljer att skicka handlingarna via e-post.

Samtycke

Genom att skicka in denna fullmakt så lämnar patienten sitt medgivande till att vi tar fram de för beställningen aktuella journalkopiorna. Om det finns spärrade delar av journalen behövs ytterligare medgivande nedan.

Ger du samtycke till att vi går in i spärrade delar av journalen?

- Ja
 Nej
 Jag godkänner endast delar av den spärrade journalen, ange vilka nedan.

Personuppgifter till den som journalen gäller (fullmaktsgivaren):

| |
|---|
| Personnummer (12 siffror)/Reservnummer(12 siffror): |
| Förnamn: |
| Efternamn: |

För vilken vårdperiod gäller din förfrågan?

| | |
|-------|-------|
| Från: | Till: |
|-------|-------|

Kryssa i hur önskar du att fullmaktshavaren tar del av journalhandlingarna:

- Fullmaktshavaren får själv hämta journalkopiorna på ambulanssjukvårdsförvaltningens huvudkontor i Årsta.
- Fullmaktshavaren får journalkopiorna skickade till sin folkbokföringsadress med rekommenderad post (REK).
- Fullmaktshavaren får journalkopiorna skickade till sig med rekommenderad post (REK) till annan adress. Ange adress:

| |
|-------------|
| Namn: |
| Adress: |
| Postnummer: |
| Postort: |

Hur vill du bli kontaktad när din beställning är klar?

E-post

| |
|--------------------|
| Ange e-postadress: |
|--------------------|

SMS

| |
|--------------------------|
| Ange mobiltelefonnummer: |
|--------------------------|

Fullmakthavarens uppgifter:

| |
|---|
| Personnummer (12 siffror)/Reservnummer(12 siffror): |
| Relation till patient: |
| Förnamn: |
| Efternamn: |

God man

Har inte rätt att beställa sin huvudmans journalkopior utan skriftligt samtycke som ska lämnas in till ambulanssjukvårdsförvaltningen. Huvudmannen har fortfarande kvar sin rättsliga handlingsförmåga och ska kunna samtycka till de åtgärder och beslut som den gode mannen vidtar. Gällande intyg ska bifogas att beställaren är ”god man”.

Förvaltare

Kan beställa sin huvudmans journalkopior utan samtycke, men tingsrättsbeslutet och registerutdrag från överförmyndarnämnden ska bifogas med beställningen.

Besöksadress huvudkontoret (för hämtning av journalkopior):

Byängsgränd 14,
120 40 Årsta

Journalkopiorna kan hämtas under kansliets öppettider måndagar–
torsdagar klockan 8.00–16.30 samt fredagar 8.00–16.00.

Denna blankett skickas till:

Region Stockholm
Ambulanssjukvårdsförvaltningen
Box 90219
120 23 Stockholm

FULLMAKT

Jag ger härmed fullmakt till fullmaktshavaren att på mina vägnar begära och ta del av kopior av min patientjournal. Fullmakten gäller endast för denna specifika begäran.

| | |
|---|--------------------|
| Fullmaktsgivarens/patientens underskrift: | Namnförtydligande: |
| Datum: | Ort: |