|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Regionstab Kansli |  | Sida1 (2) |
|  |    |
|  |  |
|  |

# Återställande av direktåtkomst - enskilds önskemål

När försegling och/eller låsningen av någon anledning inte längre ska gälla kan du göra en beställning om återställande för att återigen få tillgång till din information i e-tjänsten Journalen och/eller invånarkontot i 1177 Vårdguidens e-tjänster. I första hand lägger hälso- och sjukvårdspersonal in din begäran som en beställning efter att du styrkt din identitet.

* Din identitet måste kunna styrkas genom identitetshandling eller personlig kännedom

Har du frågor om återställande av direktåtkomst?
Kontakta Regionstab Kansli
Telefon (kontorstid): 010-358 86 00.

**Direktåtkomst till journalinformation i e-tjänsten Journalen och/eller invånarkontot 1177 Vårdguiden ska återställas för:**

|  |  |
| --- | --- |
| FörnamnKlicka här för att ange text. | EfternamnKlicka här för att ange text. |
| Personnummer Klicka här för att ange text. | Telefon dagtid Klicka här för att ange text. |

**Jag vill låsa upp förseglingen av e-tjänsten Journalen**

[ ]  Jag vill låsa upp förseglingen av hela min journal i e-tjänsten Journalen på [www.1177.se](http://www.1177.se).

**Jag vill låsa upp invånarkontot i 1177 Vårdguidens e-tjänster**

[ ]  Jag vill låsa upp mitt invånarkonto på [www.1177.se](http://www.1177.se).

[ ]  **Jag vill låsa upp försegling av min journal på följande klinik/-er/vårdenheter:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** Klicka här för att ange text. | **2.** Klicka här för att ange text. |
| **3.** Klicka här för att ange text. | **4.** Klicka här för att ange text. |
| **5.** Klicka här för att ange text. | **6.** Klicka här för att ange text. |

**OBS! Mer information på nästa sida!**

**Jag intygar härmed att jag förstått ovanstående information och att jag vill genomföra upplåsning av försegling och invånarkontot**

|  |
| --- |
| DatumKlicka här för att ange text. |
| Underskrift | Namnförtydligande |

**Lämna blanketten till vårdpersonal på en av regionens mottagningar eller hälsocentraler och uppvisa giltig legitimation.**

**Fylls i av vårdpersonal som tar emot blanketten**

[ ]  Patienten har uppvisat godkänd legitimation

Patientens identitet är kontrollerad av:

|  |
| --- |
| Ort och datum Klicka här för att ange text. |
| VårdenhetKlicka här för att ange text. |
| Namnteckning | Namnförtydligande  |

**Information till vårdpersonal:**

Patienten måste uppvisa giltig legitimation.

Se rutiner för hantering av blanketten på navet Ledning-amp-styrning/Rutiner-och-riktlinjer/IT/Journal-som-e-tjanst/

Blanketten skickas utan dröjsmål med internpost till:

Regionstab Kansli, Strömgatan, Kalmar