

BONLIVA CARE

Blankett för spärrhantering av av journal

Jag är införstådd med att jag i och med spärrningen av uppgifter i min patientjournal, vid Bonliva Care, själv ansvarar för att informera om vad vårdpersonalen behöver veta för att kunna ge mig en god och säker vård.

☐ Jag önskar att åtkomst till min journal på Bonliva Care spärras.

☐ Jag önskar häva spärr i min journal på Bonliva Care.

☐ Vårdgivarspärr

Spärr för annan vårdgivare

(Endast behörig personal hos Bonliva Care, kan ta del av journalen)

Tillval:

☐ Viktig medicinsk information

☐ Patientuppgifter

.....
Beställarens personnummer

.....
Beställarens namnteckning och namnförtydligande

.....
Telefon

Skickas till:

Bonliva Care AB

Sankt Eriksgatan 117

113 43 Stockholm