**Skjema for bestilling av sperring / opning av elektronisk pasientjournal**

|  |  |
| --- | --- |
| Pasientnamn:  Personnummer: |  |
| Adresse:  Postadresse, postnummer: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Epost: |  |
| Dersom pasienten ikkje er den som bestiller, skriv namn og relasjon: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sjukehus: | Volda  Ålesund  Molde  Kristiansund |
| Eg ønskjer at journalen min ved Helse Møre og Romsdal HF skal: | Sperrast  Opnast |
| Journalen skal sperrast eller opnast: | Delar/kapittel  For bestemte personar |
| Spesifiser kva som skal sperrast og/eller for kven: | Somatikk  Psykiatri  Barn og ungdomspsyk.  Kapittel, notat:  Person, gruppe: |
| Andre opplysningar: |  |

Eg forstår at eg ved å sperre min journal risikerer at Helse Møre og Romsdal HF ikkje har relevante helseopplysingar om meg tilgjengeleg ved eventuell innlegging eller akutte hendingar, og at dette kan vere kritisk i situasjonen. Behandlinga kan då vere generell akutthjelp fram til ein har skaffa tillating for å opne journalen, eller opplysningane er henta inn på annan måte, for eksempel frå føresette. Eg tar sjølv ansvaret for dei konsekvensane dette kan medføre.

Eg forstår at dersom eg ikkje lenger ønskjer at journalen min skal vere sperra, må ein gi beskjed om dette til Helse Møre og Romsdal HF. For oppheving av sperring brukar ein same skjemaet, som ein får ved å ta kontakt med helseforetaket; [postmottak@helse-mr.no](mailto:postmottak@helse-mr.no).

Dersom pasienten ikkje signerer sjølv, garanterer eg at fullstendig informasjon er gitt til pasienten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted, dato: Signatur