**SAMTYCKE TILL/FÖRBUD ATT UTLÄMNA/ANSKAFFA PATIENTUPPGIFTER**

För att det ska vara möjligt att ordna vården snabbt och flexibelt är det ofta nödvändigt att överlämna patientuppgifter till eller få patientuppgifter från andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.

Vi ber om att få ert samtycke till att erhålla, anskaffa och/eller utlämna uppgifter om er/personen under er omvårdnad på det sätt som ni anger nedan. Uppgifterna används vid framtida vård. Detta samtycke eller förbud kan återkallas skriftligen när som helst. Vid behov hjälper personalen er med att fylla i blanketten.

Patientens namn:

Personbeteckning:

**[ ]** Jag ger mitt samtycke till att HYKSin kliiniset palvelut Oy **skaffar alla** uppgifter som är nödvändiga för vården om mig/personen under min omvårdnad.

**[ ]** Jag ger mitt samtycke till att HYKSin kliiniset palvelut Oy **skaffar** uppgifter som är nödvändiga för vården om mig/personen under min omvårdnad med följande begränsningar:

**[ ]** Jag ger inte mitt samtycke till att HYKSin kliiniset palvelut Oy **skaffar** några uppgifter om mig/personen under min omvårdnad som är nödvändiga för vården.

Uppgifter får begäras från följande vårdinrättningar:

[ ]  Hälsovårdscentral:

[ ]  Sjukhus:

[ ]  Annan vårdinrättning:

**[ ]** Jag ger mitt samtycke till att alla vårduppgifter om mig/personen under min omvårdnad som är nödvändiga för den fortsatta vården **överlåts** till den remitterande läkaren och till de enheter inom hälso- och sjukvården/läkare som ger den fortsatta vården.

Jag **begränsar** överlåtelse av uppgifter från journalhandlingarna på så sätt att samtycket gäller:

[ ]  Endast uppgifter om den aktuella vården

[ ]  Uppgifter från journalhandlingar från perioden:

[ ]  Annan begränsning:

[ ]  Jag förbjuder överlåtelse av **alla** uppgifter

**Att observera**:

Datum:       Underskrift: