

UTÖKAD ÅTKOMST

Välj ärende:

☐

1. *Tidigarelägga ungas egen tillgång till sin information.* Från 16 års ålder har personer direktåtkomst till sin egen Journal via nätet. I undantagsfall kan verksamhetschef eller av denne utsedd bevilja tidigareläggning av direktåtkomst, vilket då gäller för den verksamhet som verksamhetschefen ansvarar för.

☐

2. *Förlänga direktåtkomst för vårdnadshavare.* I vissa fall, när vårdnadshavares medverkan är nödvändig och där nyttan med åtkomsten överstiger barnets/ungdomens behov av integritet, finns möjlighet att förlänga direktåtkomsten. Verksamhetschef eller av denne utsedd godkänner vårdnadshavares direktåtkomst, vilket då gäller för den verksamhet som verksamhetschefen ansvarar för.

☐

3. *Ungdomar med särskilda behov.* I vissa fall, när barnet/ungdomen saknar förmåga att själv samtycka, där vårdnadshavares medverkan är nödvändig och där nyttan med åtkomsten överstiger barnet/ungdomens behov av integritet, finns möjligheten att förlänga direktåtkomsten. Behandlande profession ska i sådana fall intyga barnet/ungdomens oförmåga. Beslut om förlängning fattas därifrån av verksamhetschef eller av denne utsedd.

☐

4. *Häva tilldelad förlängd direktåtkomst för vårdnadshavare.* I vissa fall kan förlängd direktåtkomst till barn/ungdoms Journal via nätet behöva hävas. Det betyder att vårdnadshavare och/eller barnet/ungdomen inte längre har direktåtkomst till Journal via nätet.

☐

5. *Kompletterad direktåtkomst för ytterligare verksamheter (se punkt 3).* När ny kontakt med ytterligare verksamheter etablerats måste åtkomsten kompletteras med den nya verksamheten. Ange vilken verksamhet kompletteringen gäller:

UPPGIFTER BARN/UNGDOM (uppgifterna fylls i ärendena 1 – 5)

Barnet/ungdomens namn

Barnet/ungdomens personnummer

Barnet/ungdomens kontaktuppgifter (e-post eller telefon)

UPPGIFTER VERKSAMHETSCHEF (uppgifterna fylls för ärendena 1 – 4)

Härmed intygar jag att ovanstående bedömning godkänns och kan utföras.

Namn verksamhetschef eller av denne utsedd

Verksamhetsområde/verksamhetsområden

Min bedömning är giltig i:

- ☐ Ett år
- ☐ Tills barnet/ungdomen fyller 16 år

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

UPPGIFTER VÅRDNADSHAVARE (uppgifterna fylls i ärendena 2 – 5)

Vårdnadshavares namn

Vårdnadshavares personnummer

Vårdnadshavares kontaktuppgifter (e-post eller telefon)



Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Önskas bekräftelse på genomförd tilldelning av direktåtkomst

☐ Ja, via epost

☐ Ja, via brev

Ifylld och undertecknad blanketten skickas i original till:

Region Sörmland

Ehälsostrateg

611 88 Nyköping