

**Begäran om verkställighet av försegling för enskilda direktåtkomst till
journalinformation, enhet**

Patientens personnummer*	
Patientens namn*	

Försegling på enhet (enhet tillhörande en vårdenhet)

HSA-id* (länk till sök i KIV, välj enhet)	
Enhetens namn*	
Eventuell kommentar	

Förseglingens varaktighet

Från datum (åå-mm-dd)*	
Till datum (åå-mm-dd)*	

Ansvarig

Ansvarig hälso-och sjukvårdspersonal*	
VGR-ID*	
E-postadress*	
Telefonnummer*	

* Obligatorisk uppgift

Underskrift ansvarig Hälsa-och sjukvårdspersonal_____
Datum**Blanketten ska skrivas ut,
undertecknas och skickas till:****VGR IT**
Beställning och Åtkomst
Flöjelbergsgatan 2A
431 35 MÖLNDAL