

Anmälan från vården angående patientuppgifter i SKaPa

Utplåning av patientuppgifter:

Datum	Deltagarorganisation Signatur	Info har getts till patient om att meddela annan behandlare vid byte av vårdgivare	Spärr i Journal har införts	SKaPa Signatur

Datautdrag av patientuppgifter:

Datum	SKaPa Signatur

Personnummer:

Namn:

Klinik/mottagning:

Adress:

..... den

Ort

Datum

.....

Uppgiftslämnare

Blanketten skickas per post till:

SKaPa

Lagergrens gata 7A

652 14 Karlstad