

## Förlängning av åtkomst för vårdnadshavare – 1177 journal

Förlängning av åtkomst för vårdnadshavare

Borttagning av förlängd åtkomst

Barnets namn

.....

Vårdnadshavares namn (v.g. texta)

.....

Vårdnadshavares namn (v.g. texta)

.....

Enhet som förlängd åtkomst ges till (namn och HSA-id):

.....

.....

.....

Personnummer

.....

Tidsperiod (*anges vid behov*)

.....

.....  
Ort och datum

.....  
Verksamhetschef eller delegerad vårdpersonals namn och HSA-id (v.g. texta)

.....  
Signatur verksamhetschef eller delegerad vårdpersonal

**Underskriven blankett handläggs enligt lokal rutin.**

**Begärd åtgärd utförd av**

Namn	HSA-id	Datum