

## Användaruppgifter för Rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK

Nedanstående person ansöker om behörighet till RättspsyK. Genom undertecknande av ansökan förklarar jag mig införstådd med gällande sekretesslagstiftning kring uppgifter jag kommer att hantera.

**Sökande:** (skriv tydligt, tack)

För- och efternamn: \_\_\_\_\_

HSA-id: \_\_\_\_\_

Verksamhet: \_\_\_\_\_

E-post arbete: \_\_\_\_\_

### Roll:

- Registrerare**
- Plusregistrerare
- Koordinator

\_\_\_\_\_  
Ort, datum      Namnteckning, sökande

### Verksamhetschef

**Ovanstående person godkänns som användare i sökt roll.**

\_\_\_\_\_  
Ort, datum      Namnteckning, Verksamhetschef

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande, Verksamhetschef

### Om användaren ska upphöra som användare

- Användaren ska inaktiveras från sin roll
- Användarens placering vid aktuell klinik ska tas bort så att behörighetens data upphör.

Datum för inaktivering: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, datum      Namnteckning, Verksamhetschef

Originalen skickas till Helena Andreasson, Registerhållare RättspsyK,  
Rättspsykiatrimottagning öppenvård, Topplocksgatan 6, 212 41 Malmö.  
Kopian sparas på verksamheten.