



Beställningsblankett vid alkohol och/ eller drogprovtagning vid Stadsvikens HC/ Jourcentral/Sunderbysjukhus

Datum	
-------	--

Chef	
Namn och befattning	
Verksamhet/förvaltning	
Telefonnummer/Mobil	
Ansvarsnummer	

Medarbetare	
Namn	
Personnummer	
Telefonnummer	
Arbetsplats	

Vid planerad provtagning gällande pågående alkoholrehabilitering ifylles endast information under individ.

Benämning/beskrivning av beställd insats:

Provtagning alkohol och droger enligt avtal mellan Kommunhälsan och Stadsvikens hälsocentral och jourcentral.

Provsvaret skickas till Kommunhälsan

Mjölkuddsvägen 75, 973 41 Luleå

Luleå

Beställarens underskrift.....

Namnförtydligande.....



Nedanstående prover tages som rutin

Alkoholtester

- **Utandningsprov**
 - I serum
- **Blodstatus**
- **ASAT**
- **ALAT**
- **GT**
- **CDT**
- **B-Peth**
- **Etanol (endast om positivt utandningsprov)**

Drogtester

- I urin, analys och remiss Karolinska Institutet "Drogtest för arbetslivet"
- **Cannabis**
- **Amfetamin/Ecstasy**
- **Kokain**
- **Heroin/Morfin**
- **Bensodiazepiner**
- **Dextropropoxifen**
- **Buprenorfin**
- **Tramadol**
- **Internetdroger**



Fakturering

Fakturan skall skickas:


Luleå kommun,
Box 50001,
973 21 Luleå
Ansvarsnummer: 13160000

Fakturering och betalning

Fakturan skall innehålla uppgifter om beställarens namn, verksamhet samt patientens namn och personnummer

Beställaren godkänner inte samlingsfakturor.

Betalning sker 30 dagar efter godkänd leverans och faktura

	Luleå Kommun Kommunhälsan	Journalhandling	Dokumentnamn: Samtycke till att tillfälligt häva sekretess i samband med alkohol och eller drogprovtagning
Giltig f.o.m: 20220601	Giltig t.o.m: 20240601	Gäller för: Kommunhälsan	
Beslutad av: Verksamhetschef KH	Senast reviderad:	Dokumentansvarig: Verksamhetschef	
Dokument typ: Adm. Samtycke blankett			Sida 1 av 1

Samtycke till att tillfälligt häva sekretess i samband med Alkohol och / eller drogprovtagning.

Kommunhälsan utför provtagning av alkohol och/ eller droger i arbetslivet.

Uppgifter i hälso- och sjukvården skyddas av sekretess. Sekretessen kan dock hävas genom att du ger ditt samtycke till att nödvändiga uppgifter om dig och din situation får delas mellan medarbetare vid kommunhälsan och din arbetsgivare.

Endast de uppgifter som är nödvändiga för att ge dig bästa möjliga stöd får delas. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

Hur länge gäller samtycket? Samtycket gäller från den dag du skriver under blanketten och under hela den tid som insatser är aktuella. Samtycket gäller högst ett år från det att du har skrivit under.

Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta Kommunhälsan.

SAMTYCKE

- Jag samtycker till att kommunhälsa får meddela testsresultat till arbetsgivaren i termer av förekomst av substans eller ej, samt förmågor samt risker för verksamheten ex. vis tredjeman eller sig själv utföra ålagda arbetsuppgifter.
- Jag samtycker till att Kommunhälsan får kontakta externa vårdgivare för att ta del av, alternativt utbyta relevant information beträffande ev. behandling relaterat till alkohol.

Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill.

Namn-teckning:	Personnummer:
Namn-förtydligande:	Datum:

Arbetsgivare (namn, telefonnummer, befattning)

Skyddad identitet/skyddade personuppgifter

Du ska inte skriva under samtyckesblanketten om du har skyddad identitet/skyddade personuppgifter.