

Från mottagande landsting

**Till koordinator i det landsting där personen tidigare varit bosatt**

(kontaktuppgifter se mmcup.se)

## **Meddelande om överföring av patientdata i MMCUP-registret från en vårdgivare till ett annan**

I samband med att.....(pnr, förnamn, efternamn)  
flyttar/har flyttat till annat landsting.....(namn ny region/landsting)  
ska alla uppgifter som tidigare registrerats i MMCUPs kvalitetsregister att överföras från det  
landsting/region patienten tidigare bott i: .....(namn tidigare region/landsting)

MMCUP-data ska överföras från och med datum .....

Vi ber er därför att kontrollera att alla uppgifter som ska inrapporteras till registret från ert  
landsting/region har registrerats i registret före ovanstående datum

och bekräfta detta till undertecknad.

Efter överföring av uppgifterna i registret till nya landstinget/regionen kommer  
tidigare landsting inte att ha direktåtkomst till patientens uppgifter i kvalitetsregistret. Om  
överförande landsting vill säkerställa fortsatt tillgång till inrapporterade data måste dessa uppgifter

- skrivas ut och sparas i journalen,
- sparas som datafil för att kunna användas vid framtagning av rapporter och analyser

Åtgärderna måste då vidtas före överflyttningsdatum enligt ovan.

Ort, datum.....

.....  
Underskrift

Adress: