VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR

Blanketten används av anhörig eller närstående

PATIENTUPPGIFTER OCH BEGÄRDA HANDLINGAR

Namn	
Personnummer	**Patienten avliden** ☐ Ja ☐ Nej
Önskar handlingar från följande sjukhus ☐ Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) ☐ Uddevalla sjukhus ☐ Lysekils sjukhus ☐ Strömstads sjukhus ☐ Dalslands sjukhus	
Verksamhet / klinik	**Gällande år / datum**
Precisera gärna vad du önskar för journalhandlingar, till exempel provsvar, brev, röntgenutlåtande med mera.	

I enlighet med Avgiftsförordningen (1992:191) är de första 1–9 kopiorna kostnadsfria. För 10 sidor tillkommer en avgift på 50 kronor. För varje sida utöver detta tillkommer en avgift på 2 kronor per sida, med ett maximalt belopp på 300 kronor.

UPPGIFTER OM BESTÄLLARE

☐ **Vårdnadshavare** (Fullmakt krävs ej men samtycke från den underårige kan krävas)	**Annan relation, skriv vilken:**
Namn	**Personnummer**
Adress	
Postnr	**Postort**
Telefonnummer	
Datum	**Underskrift**

FULLMAKT

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia ur patientens journal. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran.	
Fullmaktsgivarens underskrift	**Namnförtydligande**
Datum	**Personnummer**

Blanketten skickas till: NU-sjukvården Journalarkivet, Plan 01 Uddevalla sjukhus 451 80 Uddevalla	**Hur vill du få dina handlingar?** ☐ Hemskickade med brev ☐ Hämta själv på Uddevalla sjukhus ☐ Skickade med Rekommenderat brev (PostNords avgifter tillkommer)

ADRESS NU-sjukvården Journalarkivet, plan 01 Uddevalla sjukhus 451 80 Uddevalla	**TELEFON** 010- 435 65 99 Vardagar 09:30-11:15	**HEMSIDA** www.nusjukvarden.se