

Begäran om journalkopior

Till NU-sjukvården från annan vårdgivare

BESTÄLLARE

Vårdenhet	
Namn och titel (ansvarig för begäran)	Fullständig postadress
Telefon (direktnummer)	Eventuellt faxnummer

PATIENTUPPGIFTER

Namn	
Personnummer	
Finns patientens samtycke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skriftligt samtycke finns bifogat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

BEGÄRDA JOURNALHANDLINGAR

<input type="checkbox"/> Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL)	<input type="checkbox"/> Uddevalla sjukhus	
<input type="checkbox"/> Lysekils sjukhus	<input type="checkbox"/> Strömstads sjukhus	<input type="checkbox"/> Dalslands sjukhus
Verksamhet/klinik	Gällande år / datum	
<input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> Röntgensvar <input type="checkbox"/> Laboratoriesvar <input type="checkbox"/> Annat (vänligen fyll i nedan)		
Precisera vad du begär		

Ärendet är akut <input type="checkbox"/>	Skickas med post <input type="checkbox"/>	Faxas (enbart akut) <input type="checkbox"/>
---	--	---

Datum	Beställarens underskrift
--------------	---------------------------------

Blanketten skickas till:

NU-sjukvården
Journalarkivet, plan 01
Uddevalla sjukhus
451 80 Uddevalla

ADRESS NU-sjukvården Journalarkivet, plan 01 Uddevalla sjukhus 451 80 Uddevalla	TELEFON 010- 435 65 81	FAX 010-435 73 20	HEMSIDA www.nusjukvarden.se
--	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------