

**FULLMAKT**

Vid begäran om journalkopior i NU-sjukvården

Genom denna fullmakt ger jag, fullmaktsgivaren, beställaren rätt att begära kopior ur min patientjournal. Fullmakten gäller enbart för denna specifika begäran.

**FULLMAKTSGIVAREN**

<b>Fullmaktsgivarens personnummer</b>
<b>Fullmaktsgivarens namn</b>
<b>Fullmaktsgivarens namnteckning</b>
<b>Datum</b>

**BESTÄLLAREN**

<b>Beställarens personnummer</b>
<b>Beställarens namn</b>

**Fullmakten skickas till:**

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