

# BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR

ur patients journal från närstående, god man, ombud etc.

## PATIENTUPPGIFTER

<b>Patientens namn:</b>	<b>Personnummer:</b>
-------------------------	----------------------

## BEGÄRDA HANDLINGAR

<b>Önskar handlingar från följande mottagning:</b>
<b>Gällande period:</b>
<b>Övrig information:</b>
<b>Önskade handlingar:</b> Journaltext    Remissvar    Labsvar    Annat: _____

<b>Beställarens namn:</b>	
<b>Adress:</b>	
<b>Postnr:</b>	<b>Postort:</b>
<b>Telefonnummer (dagtid):</b>	<b>Mobiltelefon:</b>

## FULLMAKT/SAMTYCKE

Genom fullmakt/samtycke nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia ur patientens journal. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran. Alt. bifoga giltigt intyg.

<b>Datum:</b>	<b>Underskrift:</b>
<b>Namnförtydligande:</b>	

**Blanketten skickas till:** Berörd mottagning

**Telefon:** växel 010-441 00 00