

Beställ kopior av journalen

Patientuppgifter

| | |
|---|--------------------------------------|
| Personnummer med 12 siffror (ååååmmdd-xxxx) | |
| Efternamn | Förnamn (tilltalsnamn och initialer) |
| Adress, postnummer och postadress | |
| Telefonnummer inkl. riktnummer | |

Begärda journalhandlingar

| | |
|---------|--|
| VIKTIGT | Ovanstående patient har sökt/vårdats för (diagnos / sjukdom / orsak) |
| | Vid vilken verksamhet (avdelning/mottagning) har vården skett |
| | Kopior önskas från vårdtid / tidsperiod |

Fullmakt (ifylls endast om beställaren är annan än patienten)

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

| | | |
|--|-----------------------------------|---------|
| Personnummer | Efternamn | Förnamn |
| Adress, postnummer och postadress | | |
| Telefonnummer inkl. riktnummer | | |
| Relation till patient | | |
| Namnteckning fullmaktsgivare | Namnförtydligande fullmaktsgivare | |
| Övriga upplysningar (skriv kortfattat) | | |

Kostnad för kopior

Avgift tillkommer per sida från 10:e sidan och uppåt. Se [Din journal - Södra Älvsborgs Sjukhus](#) för gällande avgift.

Underskrift

Ort och datum

.....
Namnteckning

Namnförtydligande

Ifylles av utlämnande verksamhet

Datum

Ansvarig för utlämnandet av handlingar/handläggare

Telefon inkl. riktnummer