VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Begäran om journalkopior

Vårdgivare

Patientuppgifter

Förnamn, Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

Fullmakt/samtycke

☐ Muntligt samtycke

Skriftligt samtycke_____ Datum_____

Begärda handlingar

Skaraborgs Sjukhus Skövde ☐ Falköping ☐ Lidköping ☐ Mariestad ☐	Tidsperiod
Klinik	**Journalhandlingar**: Journalkopior ☐ Röntgenutlåtande (ej bilder) ☐ Röntgenbilder ☐
Ange övriga begärda handlingar	

Beställare

Vårdenhet	Namn och titel
Leveransadress	
Telefonnummer	Faxnummer
Datum (ååää-mm-dd)	Underskrift beställare

Blankett skickas till

Skaraborgs sjukhus
Central journalutlämning
Lövängsvägen 1
541 85 Skövde

Kontakt Central journalutlämning

Telefon: 0500-78 23 80