VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Begäran om journalkopior

För närstående/anhörig, god man, ombud etc.

Avgift

Kostnadsfritt upp till 9 sidor. För 10 sidor tas en avgift ut på 50 kr. Varje sida därutöver kostar 2 kronor. Maxkostnad är 300 kr. För röntgenbilder, usb, cd-skiva eller digital överföring tillkommer en engångskostnad på 250 kr.

Patientens personnummer:	Patientens namn:

Önskar journalkopior från följande sjukhusorter:

☐ Falköping ☐ Lidköping ☐ Mariestad ☐ Skövde

Klinik (t.ex. ortopedikliniken eller medicinkliniken):	Årtal (t.ex. 2010-2013):
Precisera vad du begär, t.ex. journalanteckningar, provsvar eller röntgenutlåtanden:	

Beställarens namn:		Personnummer:
Adress:		
Postnummer:	Postort:	Telefonnummer:

Beställarens relation till patienten:

☐ Vårdnadshavare. Samtycke från den underårige kan krävas beroende på patientens ålder, mognadsgrad och uppgifterna i journalen (12 kap 3 § offentlighets- och sekretesslagen).

☐ Annan relation: ……

☐ Skicka kopiorna till beställarens adress ☐ Jag vill hämta kopiorna på sjukhuset

Patientens samtycke

Patienten ger sitt samtycke till att Skaraborgs Sjukhus lämnar ut journalkopior till beställaren. Samtycket gäller endast denna specifika begäran. Alternativt bifoga annan fullmakt, intyg etc. som styrker att beställaren har rätt att ta del av sekretessbelagda uppgifter.

Datum:	Patientens underskrift:
Namnförtydligande:	

Blanketten skickas till:

[*namnet på den mottagning du söker vid*]
Skaraborgs Sjukhus Skövde
541 85 Skövde