



Patientuppgifter

Förnamn, Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
--------------------	------------------------------

Begärda handlingar

Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Sahlgrenska Sjukhuset Mölndals Sjukhus Östra Sjukhuset	Tidsperiod (datum- eller årsintervall t.ex. 2022-2025)
Klinik (t.ex. ortopedi eller kirurgi)	Journalhandlingar: Journalanteckningar (läkare) Övriga handlingar
Ange vilka övriga handlingar du söker (övriga handlingar kan t.ex. vara anteckningar från annan personalkategori, såsom fysioterapeut eller psykolog, eller en specifik handling, såsom röntgenutlåtande eller biopsisvar)	
Syfte och övriga upplysningar (ange syftet med din beställning, t.ex. försäkringsärende eller boutredning, samt övriga upplysningar som kan underlätta handläggningen av din beställning)	

I enlighet med Avgiftsförordningen (1992:191) är de första 1–9 kopiorna kostnadsfria. För 10 sidor tillkommer en avgift på 50 kronor. För varje sida utöver detta tillkommer en avgift på 2 kronor per sida, med ett maximalt belopp på 300 kronor.

Relation till patient

Ange din relation till patienten. Om du är vårdnadshavare till en minderårig patient krävs ingen fullmakt. Om du har en annan relation till patienten, vänligen ange vilken relation du har, t.ex. dotter eller barnbarn. För annan relation till en myndig patient måste fullmakt inhämtas från patienten. Om patienten är avliden krävs ingen fullmakt då detta inte går att inhämta.

Vårdnadshavare (*fullmakt krävs ej*)

Annan relation: _____

Patient avliden (*fullmakt krävs ej*)

Fullmakt

Jag lämnar härmed fullmakt till beställaren att på mina vägnar begära och ta del av kopior av min patientjournal. Denna fullmakt omfattar endast de handlingar som uttryckligen specificerats på sidan 1 i denna begäran. Fullmakten gäller inte för andra handlingar och upphör att gälla när dessa handlingar har utlämnats.

Fullmaktsgivarens underskrift (patient)	Namnförtydligande
Datum (åååå-mm-dd)	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

Beställare

Förnamn, Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Adress (inkl. postnummer och postort)	
Telefonnummer	
Datum (åååå-mm-dd)	Underskrift (beställare)