VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Begäran om journalkopior

begäran om patients journalkopior från närstående/anhörig, god man, ombud etc.

PATIENTUPPGIFTER

Patientens namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Relation till patient: ☐ Vårdnadshavare *(fullmakt krävs ej)* ☐ Annan relation:	
Beställarens namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Adress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer (dagtid)	
Underskrift	

Fullmakt

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

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)	Fullmaktsgivarens underskrift
Datum	Namnförtydligande

Önskade handlingar

Frölunda specialistsjukhus

☐ Alingsås Lasarett ☐ Angereds Närsjukhus ☐ Högsbo närsjukhus ☐ Kungälvs sjukhus	
Verksamhet	Gällande år
Övrig information (t ex läkarnamn)	
Önskade journalhandlingar ☐ Journaltext ☐ Röntgenutlåtande ☐ Labsvar ☐ Annat:	

Kostnad

De första nio sidorna gratis, tionde sidan 50 kronor, därefter två kronor per sida. Portoavgift tillkommer om du vill ha kopiorna via post. Maxkostnad är 300 kr.

Jag är medveten om att en kostnad kan tillkomma.

Hur vill du ta del av journalen?

☐ Jag vill att kopiorna skickas via posten till min folkbokföringsadress.
Journalutlämningen tar inget ansvar för postens hantering.

☐ Jag hämtar kopiorna på Kungälvs sjukhus, medtag legitimation.

Blankett skickas till:
Journalutlämningen
Kungälvs sjukhus, 442 83 Kungälv
Telefon 0303 986 66
Telefontid: tisdag och torsdag 10:00-11:00