

Begäran om journalkopior

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

PATIENTUPPGIFTER

Patientens namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Relation till patient: <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare (<i>fullmakt krävs ej</i>) <input type="checkbox"/> 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.

Fullmaktsgivarens underskrift	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Datum	Namnförtydligande

Önskade handlingar

Frölunda specialistsjukhus

<input type="checkbox"/> Alingsås Lasarett	<input type="checkbox"/> Angereds Närsjukhus	<input type="checkbox"/> / Högsbo närsjukhus	<input type="checkbox"/> Kungälv's sjukhus
Verksamhet		Gällande år	
Övrig information (t ex läkarnamn)			
Önskade journalhandlingar <input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Röntgenutlåtande <input type="checkbox"/> Labsvar <input type="checkbox"/> 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 Kungälv's sjukhus, medtag legitimation.

Blankett skickas till:

Journalutlämningen
Kungälv's sjukhus, 442 83 Kungälv
Telefon 0303 986 66

Telefontid: 10:00-11:00 **Sommartid 1/5 – 31/8 tisdag och torsdag**