

Närhälsan

BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR

ur patients journal från närstående, god man, ombud etc.

PATIENTUPPGIFTER

Patientens namn:	Personnummer:
-------------------------	----------------------

BEGÄRDA HANDLINGAR

Önskar handlingar från följande mottagning:
Gällande period:
Övrig information:
Önskade handlingar: Journaltext Remissvar Labsvar Annat: _____

Beställarens namn:	
Adress:	
Postnr:	Postort:
Telefonnummer (dagtid):	Mobiltelefon:

FULLMAKT/SAMTYCKE

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

Datum:	Underskrift:
Namnförtydligande:	

Blanketten skickas till: Berörd mottagning

Telefon: växel 010- 4358000