

Begäran om journalkopior

Begäran från patient om egna journalkopior

Patientens personnummer:	
Patientens namn:	
Adress, om annan är folkbokföringsadress:	
Postnr:	Postort:
Telefonnummer (dagtid)	

Verksamhet:	Gällande år:
Övrig information (t ex läkarnamn)	
Önskade handlingar <input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Röntgenutlåtanden <input type="checkbox"/> Labsvar <input type="checkbox"/> Annat:	

Kopieringsavgift från 10:e sidan och uppåt: 50 kr + 2 kr/sida. Maxkostnad är 300 kr. Om kopiorna ska skickas mot postförskott tillkommer postens avgifter.

Kopiorna skall skickas . Hämtas på Angereds Närsjukhus. Hämtas på Specialistcentrum Barn och Unga Gamlestaden

Datum	Underskrift:
Namnförtydligande:	
VÅRDPERSONALENS SVAR	
Datum	Utlämningen godkänd

POSTADRESS
Angereds Närsjukhus
Box 63
424 22 Angered

TELEFON
031-332 67 00