

Beställa kopior av journalen (används endast av patient/anhörig)

Patientuppgifter

Personnummer med 12 siffror (ååååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn (tilltalsnamn och initialer)
Adress, postnummer och postadress	
Telefonnummer ink. riktnummer (dagtid)	Mobiltelefon

Uppgifter om beställare (ifylls endast om beställaren är annan än patienten, t.ex. vårdnadshavare)

Relation till patient	
Efternamn	Förnamn
Adress, postnummer och postadress	Telefonnummer ink. riktnummer (dagtid)
Släktskapsintyg bifogas JA <input type="checkbox"/>	Fullmakt bifogas JA <input type="checkbox"/>

Begärda journalhandlingar

VIKTIGT	Ovanstående patient har sökt/vårdats för (diagnos / sjukdom / orsak)
	Vid vilken klinik har vården skett
	Kopior önskas från vårdtid / tidsperiod

Övriga upplysningar

Kostnad för kopior

Avgiften är 50 kronor + 2 kronor per sida från 10:e sidan och uppåt. Maxkostnad är 300 kronor. Kopior skickas mot postförskott, postens avgifter tillkommer.

Underskrift

Ort och datum

Beställarens namnteckning

Namnförtydligande

Ifylles av utlämnande klinik

Datum Ansvarig för utlämnandet av handlingar/handläggare Telefon inkl. riktnr.

.....