

Begäran om journalkopior,

(ver 3.2)

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

Patientens namn:	Personnummer:
Önskar handlingar från följande sjukhus: <input type="checkbox"/> Sahlgrenska <input type="checkbox"/> Mölndal <input type="checkbox"/> Östra <input type="checkbox"/> Högsbo	Gällande år:
Verksamhet/ klinik:	
Övrig information (t ex läkarnamn, avdelningsnummer):	
Önskade handlingar: <input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Röntgenutlåtanden <input type="checkbox"/> Labsvar <input type="checkbox"/> Annat:	
<i>Kopieringsavgift från 10:e sidan och uppåt: 50 kr + 2 kr per sida. Maxkostnad är 300 kr. Skickas mot postförskott, där Postens avgifter tillkommer.</i>	
Relation till patient: <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare (fullmakt krävs ej) <input type="checkbox"/> Annan relation:	
Beställarens namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnr:	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 namn:	Personnummer:
Datum:	Namnförtydligande: