

# BEGÄRAN OM UTLÄMNANDE AV JOURNALHANDLING

Medicinkliniken, Alingsås lasarett  
441 83 ALINGSÅS

Efternamn ..... Förnamn .....

Personnummer..... Ev tidigare efternamn .....

Gatuadress .....

Postadress .....

Tel-nr .....

Vårdad/behandlad år .....

på avd/klinik .....

(Orsak till begäran:.....  
.....)

V g sänd kopiorna till:

Hemmet

Läkare  .....

namn och adress .....

.....

.....

*Kostnad: 1-9 kopior avgiftsfritt. 10 kopior 50 kr, därutöver 2 kr per kopia. Faktureringsavgift 25 kr tillkommer. Kopiorna skickas som rekommenderad post.*

Ort, datum.....

Underskrift .....