

BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR

ur egen journal

(ver. 3.2)

PATIENTUPPGIFTER

Patientens namn:		Personnummer:	
Adress:			
Postnr:		Postort:	
Telefonnummer (dagtid):		Mobiltelefon:	

BEGÄRDA HANDLINGAR

Önskar handlingar från följande sjukhus:							
Sahlgrenska sjukhuset		Mölnadal sjukhus		Östra sjukhuset		Högsbo sjukhus	
Verksamhet/ klinik:			Gällande år:				
Övrig information (t.ex. läkarnamn, avdelningsnummer):							
Önskade handlingar:							
Journaltext		Röntgenutlåtanden		Labsvar		Annat: _____	

*Kopieringsavgift från 10:e sidan och uppåt: 50 kr + 2 kr per sida. Maxkostnad är 300 kr.
Skickas mot postförskott där Postens avgifter tillkommer.*

UNDERSKRIFT

Datum:	Underskrift:
Namnförtydligande:	

Blanketten skickas till: Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Arkiv och informationsstruktur
Journalbeställning
413 45 Göteborg

Telefon: Direkt 031-343 91 00 Fax 031-25 51 63
Besöksadress: Arkiv och informationsstruktur, Torggatan 5, 431 35 Mölndal
Öppettider: Vardagar kl. 09.00–11.00 samt 13-14 mån-, ons-, tors- och fredag.