

Begäran om journalkopior GYN-mottagningen

Namn:	Personnummer:
Telefonnummer (dagtid):	
Vårdad/behandlad år:	

V g sänd kopiorna till:

Hemmet

Läkare
namn och adress:
.....
.....

Kostnad: 1-9 kopior kostnadsfritt, 10:e kopian 50 kr + därutöver 2 kronor per sida.

Datum:	Underskrift:
--------	--------------

Datum:	Godkännes:
--------	------------

**Kopiebegäran skickas till: GYN-mottagningen Lasarettet
441 83 Alingsås**