



Begäran om journalkopior

Namn:	Personnummer:
Telefonnummer (dagtid):	

Önskar handlingar från följande klinik: <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Kirurg och ortopedi <input type="checkbox"/> Geriatrik och rehab <input type="checkbox"/> Psykiatri	
Gällande år:	Gällande tillfälle/orsak:
Övrig information (t ex läkarnamn, avdelningsnummer):	
Önskade handlingar: <input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Röntgenutlåtande <input type="checkbox"/> Labsvar <input type="checkbox"/> Annat.....	

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

*Journalkopiorna skickas mot postförskott, där Postens avgifter tillkommer.
Kopieringsavgift från 10:e sidan och uppåt: 50 kr + 2 kr per sida, dock högst 300 kr.*

<input type="checkbox"/> Jag hämtar journalkopiorna. Medtag godkänd legitimation. Vi ringer när kopiorna är klara.

Journalkopiorna sändes till nedanstående adress:

Gata & gatunummer:	
Postnummer:	Postort:

<input type="checkbox"/> Jag medger att kopiorna får sändas som vanligt brev och jag är medveten om riskerna med att dessa sänds med ordinarie postgång.
Underskrift:

Skickas till:

Kungälv's sjukhus
Vederbörande klinik (Medicin, Kirurg/ortopedi, Geriatrik/rehab eller Psykiatrikliniken)
442 83 Kungälv

Ifylles av ansvarig läkare

OK att lämna ut?	
Datum	Underskrift