

Begäran om journalkopior Kirurg/ortopedkliniken

Namn:	Personnummer:
Telefonnummer (dagtid):	

Vårdad/behandlad år:

Journalkopiorna sändes till nedanstående adress:

Gatuadress:	
Postnummer:	Postort:

Kostnad: 1-9 kopior avgiftsfritt, från 10: e sidan 50 kr + därutöver 2 kronor per sida.

Önskar att kopiorna skickas rekommenderat: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

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

Godkänns:
Kirurg/ortopedkliniken, datum:

**Begäran skickas till: Sekreterarna, Kirurg/Ortopedmottagningen, Lasarettet,
441 83 Alingsås**