

Begäran om kopia på journal – med fullmakt

| | |
|--|---|
| Patientens namn (inkl. tidigare namn) | Patientens personnummer |
| | |
| Sjukhus (stad) | Klinik/enhet (t ex kirurg, medicin, ortoped) |
| | |

| | |
|---|---|
| Annan vårdinrättning (t ex vård/hälsocentral, Folktandvård, Barnhem) | |
| | |
| Önskar handlingar: Journaltext (markera med kryss) <input type="checkbox"/> | |
| Annan handling (t ex röntgensvar, operations- text) | Tid för besöket (år/datum, fr o m – t o m) |
| | |

Beställare

| | |
|---|---------------------|
| Namn | Personnummer |
| | |
| Postadress | Ort |
| | |
| Kontaktuppgifter till beställaren (t ex telefon, mailadress) | |
| | |

Fullmakt

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia av beställda journalhandlingar. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran.

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Fullmaktsgivarens underskrift | Namnförtydligande |
| | |

| | |
|----------------------|--|
| Ort och datum | Fullmaktsgivarens telefonnummer (obligatoriskt) |
| | |