

Begäran om journalkopior,

begäran från patient om egna journalkopior

(ver. 2.0)

Patientens namn:	Personnummer:
-------------------------	----------------------

Önskar handlingar från följande sjukhus:	
<input type="checkbox"/> Sahlgrenska <input type="checkbox"/> Mölndal <input type="checkbox"/> Östra <input type="checkbox"/> Högsbo	
Verksamhet/ klinik:	Gällande år:
Övrig information (t ex läkarnamn, avdelningsnummer):	
Önskade handlingar:	
<input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Röntgenutlåtanden <input type="checkbox"/> Labsvar <input type="checkbox"/> 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.*

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

Datum:	Underskrift:
Namnförtydligande:	