

## Journalrekvisition, kopia till patient

Personuppgifter patient:

Fullständigt namn	Personnummer
Adress	
Telefon arbete	Telefon bostad/mobil

Undertecknad ber att mottagningen namngiven nedan till mig översänder mina journalhandlingar gällande vårdtillfälle:

Mottagning vid Sophiahemmet	
Ansvarig läkare	
Omfattning, tex diagnos händelse, provsvar, daganteckning, röntgenbilder, utlåtande	
Datum	

Journalhandlingarna skickas till patientens folkbokföringsadress.

Observera att en kostnad kan komma att debiteras beställaren för framtagning, kopiering och porto. Kontakta respektive mottagning för information och ev. prisuppgifter.

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Patientens underskrift

Interna noteringar				
Ankom		Vidimerad PAL		Utlämnad

<b>Titel</b>	<b>Reg.nr - utgåva</b>	<b>Datum</b>
Journalrekvisition, kopia till patient	SH1558-2	2015-06-18
<b>Enhet</b>		<b>Sida</b>
Chefläkare		1 (1)