

## Journalrekvisition, kopia till annan Vårdgivare/Försäkringsbolag

Personuppgifter patient:

Fullständigt namn	Personnummer
Adress	
Telefon arbete	Telefon bostad/mobil

Undertecknad medger att ni får lämna ut kopia på mina journalhandlingar för vårdtillfället nedan till:

Mottagande läkare			
Arbetsplats, mottagning, vårdcentral etc			
Adress, Box			
Post-nr		Postadress	

Journalhandlingar är förda av och gäller vårdtillfälle:

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

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	