# Journalrekvisition, kopia till patient

Personuppgifter patient:

|  |  |
| --- | --- |
| Fullständigt namn | Personnummer |
| Folkbokföringsadress | |
| Telefon arbete | Telefon bostad/mobil |

Undertecknad ber att vårdgivaren, namngiven nedan, översänder mina journalhandlingar gällande vårdkontakter:

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdgivare vid Sophiahemmet |  |
| Behandlande läkare |  |
| Omfattning, t ex diagnos händelse, provsvar, daganteckning, röntgenbilder, utlåtande | |
| Aktuell tidsperiod | |

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 |  |