# 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 |  |
| Postnummer | Postadress |

Journalhandlingar är förda av och gäller vårdkontakt:

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

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 |  |