# 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  |  |