Begäran journalkopior

Patientens namn	**Patientens personnummer**

Önskar handlingar från		
Verksamhet/klinik		
Övrig information (t ex läkarens namn, avdnr)		
Önskade handlingar		
☐ **Journaltext**	☐ **Labsvar**	
☐ **Röntgenbilder**	☐ **Annat**	☐ **Röntgenutlåtande** …….

Beställarens namn Specialistcenter Scandinavia	
Adress Drottninggatan 16	
Postadress 63220 Eskilstuna	
Telefonnummer 020-404025	**Fax** 016-123 000

Fullmakt

Genom fullmakten nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia ur patientens journal.

Fullmaktsgivarens namn	**Fullmaktsgivarens personnummer**
Datum	**Fullmaktsgivarens underskrift**