Journalkopia – begäran om journalkopia från kommunala hälso- och sjukvården

Journalkopia skickas med rekommenderat brev eller kan hämtas personligen.

Dokumentation om vilka journalhandlingar som utlämnats sker i Treserva.

**Begäran om journalkopia (Texta gärna)**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  | Personnummer |
| Adress | Postadress |
| Telefon bostad | Telefon arbete  | Mobil |
| Vårdenhet | Vårdtid/besök fr o m – t o m |
| Syfte |  |
| Vilka journalkopior önskas |  |
|  Journalkopian hämtas personligen Journalkopian skickas rekommenderat till adress ovan |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum och namnunderskrift

**När jag inte själv kan hämta begärd journal behövs en fullmakt.**

**Följande person ger jag fullmakt att hämta begärd journal enligt ovan:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  | Personnummer |
| Adress | Postadress |
| Telefon  |

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum och namnunderskrift

**Utlämnandet godkänt av MAS**

Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn

**Vid utlämnande av journalkopia**

|  |
| --- |
| Legitimation Körkort Annan legitimation. Ange vilken. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum och namnunderskrift (personal)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum och namnunderskrift (den som tar emot journalkopian)