

**Begäran om kopia på journal – med fullmakt**

<b>Patientens namn</b> (inkl. tidigare namn)	<b>Patientens personnummer</b>
<b>Sjukhus</b> (stad)	<b>Klinik/enhet</b> (t ex kirurg, medicin, ortoped)

<b>Annan vårdinrättning</b> (t ex vård/hälsocentral, Folktandvård, Barnhem)	
<b>Önskar handlingar:</b> Journaltext (markera med kryss) <input type="checkbox"/>	
<b>Annan handling</b> (t ex röntgensvar, operations- text)	<b>Tid för besöket</b> (år/datum, fr o m – t o m)

**Beställare**

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Postadress</b>	<b>Ort</b>
<b>Kontaktuppgifter till beställaren</b> (t ex telefon, mailadress)	

**Fullmakt**

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia av beställda journalhandlingar. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran.

<b>Fullmaktsgivarens underskrift</b>	<b>Namnförtydligande</b>

<b>Ort och datum</b>	<b>Fullmaktsgivarens telefonnummer</b> (obligatoriskt)