

Begäran om journalkopia

Görs skriftligen på denna blankett

Undertecknad begär härmed kopia av handlingar ur min journal.

Från datum:

Till datum:

Vårdgivare:

Jag godkänner att journalkopior hämtas i receptionen på Vasakliniken mot uppvisande av giltig legitimation (handläggningstid uppemot en vecka kan förekomma från det att blankett med begäran lämnas tills journaler finns för upphämtning).

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	
Underskrift	Ort och datum

För vårdpersonal vid överlämnande av journal:

<input type="checkbox"/> Patientens ID kontrollerad	
Underskrift vårdpersonal	Datum

Adress
Vasakliniken
Vasagatan 46
411 37 Göteborg

Telefon
031-100220
Fax
031-100221

E-post
info@vasakliniken.se
Hemsida
www.vasakliniken.se

Org.Nr.
556766-2365