

## Beställning om kopior av annans journal med fullmakt

### Uppgift om beställare

Namn

Adress, postnummer och ort

Personnummer

Telefon dagtid

E-post

### Fullmaktsgivare/patient

Namn och alla ev tidigare namn

Personnummer

Sjukhus, klinik, vårdcentral samt ort

Tidsperiod

### Önskade handlingar

Hela journalen

Del av journal, specificera nedan. (Tex journaltext, födelsetid, vaccinationsuppgift)

### Fullmakt

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

Fullmaktsgivarens underskrift (obligatoriskt)

Datum (obligatoriskt)

Fullmaktsgivarens telefonnummer (obligatoriskt)

**Kopia 1-9 är gratis, kopia 10 kostar 60 kr och därefter 6 kr per kopia. Kostnader för postförskott tillkommer.**