

Begäran om journalkopior från patient

Patienten har önskemål om journalkopior på besöken då hen sökt vård för:

.....
.....
.....
.....
.....

- | | | |
|-------------------------------|----|-----|
| • Önskemål om Läkemedelslista | JA | NEJ |
| • Önskemål om Provsvar | JA | NEJ |
| • Önskemål om Röntgensvar | JA | NEJ |

OK att skicka journalkopior enligt doktor:

.....

Patientens samtycke

Namn:

.....

Namnsteckning:

.....

Personnummer:

.....

Ort och datum:

.....