**BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR/FULLMAKT**

Begäran om patients journalkopior från närstående/anhörig, god man ombud etc. Bifoga intyg tillsammans med denna blankett.

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namn: | Personnummer: |

**BEGÄRDA HANDLINGAR**

Vi svarar endast för journalbeställningar rörande Carlanderskas egna verksamheter, se nedan. För samarbetspartners/övriga mottagningar hänvisar vi till aktuell mottagning.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Vårdcentralen | [ ] Medicinkliniken | [ ] Kirurg- och Ortopedkliniken |
| [ ] Operationsavd | [ ] Rehab | [ ] Röntgen | [ ] Vårdavdelningen |
| Journaler gällande år: | Övrig information (t ex läkarnamn): |
| **Önskade handlingar** (specificera gärna det du önskar)[ ] Journaltext [ ] Röntgenutlåtande [ ] Labsvar [ ] Annat: |

*Kopieringsavgift från 10:e sidan och uppåt: 50 kr + 2 kr per sida. Maxkostnad är 300 kr. Hämtas i reception mot uppvisande av legitimation alternativt, vid överenskommelse, skickas till folkbokföringsadress.*

|  |
| --- |
| **Relation till patient:** [ ] Vårdnadshavare *(fullmakt krävs ej)*[ ] Annan relation:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beställarens namn: | Personnummer: |
| Adress: |
| Postnr: | Postort: |
| Telefonnummer (dagtid): | Mobiltelefon: |

**UNDERSKRIFT** fullmaktsgivare

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Underskrift:** |
| **Namnförtydligande:** |

**Blanketten skickas till (eller lämnas direkt till enheten):**

**Carlanderska sjukhuset**

**Enhet (anges) /journalbeställning**

**Carlandersplatsen**

**405 45 GÖTEBORG**