**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**