



Begäran om patients loggar eller journalkopior från närstående/anhörig, god man, ombud etcetera.

Patientens namn	Personnummer
-----------------	--------------

Önskade handlingar:

Logg

Journaltext

Annat: _____

Verksamhet/enhet	Gällande år, månad, dag
Övrig information	

Beställarens namn	
Adress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer (dagtid)	

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Fullmakt

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia ur patientens journal. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran. Alt bifoga giltigt intyg.

Fullmaktsgivarens namn	Personnummer
Datum	Namnförtydligande