

Beställningsblankett för journalkopior

Viktigt att alla personuppgifter nedan är korrekt ifyllda. Journalkopiorna skickas till folkbokföringsadressen inom 10 dagar. Vid reservnummer behöver en giltig adress vara ifylld.

Datum: _____

Personnummer/Reservnr: _____

Namn: _____

Adress (obligatoriskt vid reservnr): _____

Telefonnummer: _____

Klinik:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akutmedicinkliniken | <input type="checkbox"/> Kirurgkliniken |
| <input type="checkbox"/> Hjärtkliniken | <input type="checkbox"/> Ortopedkliniken |
| <input type="checkbox"/> Medicinkliniken | <input type="checkbox"/> Smärtkliniken |
| <input type="checkbox"/> Neurologkliniken | |

Vårdtid: _____

Handlingar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Journalanteckningar | <input type="checkbox"/> Röntgensvar |
| <input type="checkbox"/> Lab/Odlingar | <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ |

Underskrift: _____

Cario S:t Görans Sjukhus AB
Journalervice
112 81 Stockholm
Tel: 08-58 70 12 68, Fax: 08-58 70 19 59
Telefontider: Mån-To 8:30-10:00, 13:00-14:00