



Beställningsblankett för journalkopior

Viktigt att alla personuppgifter nedan är korrekt ifyllda. Journalkopiorna skickas till folkbokföringsadressen inom 10 dagar.

Personnummer: _____

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Klinik:

- Akuten
- Kirurg
- Medicin
- Ortoped
- Smärt
- Annat: _____

Vårdtid: _____

Handlingar:

- Journalanteckningar
- Röntgen
- Övrigt: _____

Underskrift: _____