Trollhättans Stad

Begäran om Journalkopior

För närstående/anhörig, god man, ombud etc.

Avgift

Kostnadsfritt upp till 9 sidor. För sidan 10 tas en avgift ut på 50 kronor. Varje sida därutöver kostar 2 kronor.

Patientuppgifter

Patientens Personnummer:	Patientens namn:

Önskar journalkopior från Trollhättan Stad

Verksamhet/Enhet:	Vårdtillfälle som önskas: from..... tom.....
Precisera vad du begär, som journalanteckningar SoL resp. HSL, provsvar, rehab journaler etcetera Antal kopior :*fylls i av chef/MAS*	

Beställarens namn:	Personnummer
Adress:	Tel.nr
Postnummer:	Postort:
Beställarens relation till patienten: ☐ Vårdnadshavare. Samtycker den underårige kan krävas beroende på ålder, mognadsgrad och uppgifter i journal (12 kap 3§ offentlighets- och sekretesslagen) ☐ Annan relation:	

Utlämnande

☐ Skicka kopiorna till beställarens adress ☐ Jag vill hämta kopiorna på kommunen

Patientens samtycke

Datum:	Patientens Underskrift:
Namnförtydligande:	

Utskrift samt namn på den som begärt ut journalkopior ska journalföras i VIVA

Blanketten lämnas till berörd enhetschef på enheten eller skickas till:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska resp. Socialt ansvarig samordnare

Trollhättan Stad, Gärdhemsvägen 9, 461 83 Trollhättan