

## Begäran om journalkopior

**Klinik** (varifrån man önskar få kopior utlämnade) \_\_\_\_\_

### Jag/vi önskar få journalkopior på

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| Patientens namn         | Personnummer |
| Make/maka/partner/sambo | Personnummer |

### Jag godkänner begäran av journalkopior (behandlade kvinnan)

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Namnteckning      | Datum |
| Namnförtydligande |       |

### Jag godkänner begäran av journalkopior (make/maka/partner/sambo)

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Namnteckning      | Datum |
| Namnförtydligande |       |

***Observera:** Om begäran även omfattar partners journal måste även denne skriva på och därmed ge sitt medgivande till begäran.*

Journalkopiorna skall om möjligt hämtas ut personligen på kliniken mot uppvisande av ID. Skickas annars till din/er folkbokföringsadress.

**Hämtar journalkopiorna på kliniken.** Kontakta kliniken för att bestämma datum. Om inte båda parter kan komma måste den andra partners ID-handling tas med och visas upp.

**Önskar journalkopiorna skickade** till min/vår folkbokföringsadress.

### Om kopiorna skall skickas till annan klinik eller sjukhus var god uppge adress nedan.

|                  |         |
|------------------|---------|
| Namn på kliniken |         |
| Adress           |         |
| Postnummer       | Postort |

Skicka ifyllt blankett din klinik. Se adress på vår hemsida.