



Region

Östergötland

Begäran om journalkopior

Från neurokirurgiska kliniken, US Linköping

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

Läkaranteckningar fr.o.m. datum: _____ t.o.m. datum: _____

**Gäller begäran inte dig själv?
Ange din relation till personen journalhandlingarna avser:**

Relation: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Om patienten är oförmögen att lämna samtycke ska god man utses och intyg/fullmakt om detta skickas med denna begäran. Vid avliden patient ska släktskapet styrkas med intyg från Skatteverket.

Namnunderskrift/kvittens: _____

Adress om annan än ovan angiven: _____

Övriga upplysningar: _____

Begäran mottagen av (personal): _____

Journalhandlingarna kommer att skickas med rekommenderat brev.

Begäran skickas till:
Neurokirurgiska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Kostnad för journalkopior: Ingen kostnad upp till 9 sidor, från sida 10 kostar det 60 kr och därutöver 6 kr per sida (60 kr är en engångsavgift).