

BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR

Journalkopiorna skickas med rekommenderad post till folkbokföringsadressen.

Uppgifter om patienten:

För- och efternamn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och ort:
Telefon:	Mailadress:

Begäran avser:

☐ Begäran om att få ta del av journalkopia ur egen journal.
--

Omfattning:

Ange vilka journalkopior du vill begära att få ta del av (tidsperiod, vilken avdelning/mottagning, typ av journaluppgifter t.ex. remissvar, röntgensvar, anteckningar):

Kostnader:

Region Blekinge tar ut avgift för journalkopior enligt följande:	
Antal sidor:	Kostnad (inkl. moms):
Sida 1–9	0 kr
10 sidor	50 kr
Från och med sida 11	50 kr + 2 kr per sida
Högstkostnadskort gäller inte.	
När du undertecknat och skickat in din begäran om journalkopior till Region Blekinge har du åtagit dig att betala ovanstående avgift för att få ta del av journalkopiorna.	

Underskrift:

Namn:	Ort och datum:
Namnförtydligande	

Blanketten skickas per post till:

Namn på kliniken

Adress

Postadress

När vi fått in begäran om att få ta del av journalkopior sker en sekretessprövning utifrån offentlighets- och sekretesslag (2009:400). Vid beslut om att journalkopiorna kan lämnas ut (helt eller delvis) skickas dessa med rekommenderat brev.

Beslut (fylls i av ansvarig klinik):

Begäran om att få ta del av journalkopior:

☐ Beviljas i sin helhet.☐ Beviljas delvis.☐ Avslås i sin helhet.

Underskrift ansvarig läkare:

Datum:

Namnförtydligande: