

FULLMAKT FÖR BEGÄRAN OM JOURNALKOPIOR FRÅN NÄRSTÅENDES JOURNAL

Jag samtycker till att uppgifter rörande mitt hälsotillstånd och andra personliga förhållanden i min journal får lämnas till:

För- och efternamn:	Personnummer:
---------------------	---------------

Fullmaktens omfattning:

Beskriv fullmaktens omfattning (t.ex. tidsperiod, vilken klinik det gäller, typ av journalanteckningar):
--

Fullmakten avser endast den här begäran.

Underskrift fullmaktsgivare (patient):

Namn:	Ort och datum:
Namnförtydligande	