



Fullmakt för begäran om kopior av annans journal

Beställarens för- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	Relation till patient
Beställarens namnunderskrift	

Uppgifter om fullmaktsgivare/patient

För- och efternamn	Personnummer
Vilken vårdenhet gäller förfrågan?	
Önskas journalanteckningar eller någon specifik undersökning? <i>Ange vilket.</i>	
För vilken tidsperiod gäller förfrågan? <i>Ange datum eller tidsintervall</i>	

Fullmakt

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia av beställda journalhandlingar. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran.

Fullmaktsgivarens underskrift	Fullmaktsgivarens telefonnummer
Datum	Ort

Fullmakt bevitnas av två personer

Namn person 1	telefonnummer
Ort/datum	Underskrift

Namn person 2	telefonnummer
Ort/datum	Underskrift

Fullmakten sänds till den vårdenhet förfrågan gäller.