Blanketten skickas i original till:
Region Sörmland
Journal- och arkivservice
631 88 Eskilstuna

Beställning om kopior av annans journal med fullmakt

Uppgift om beställare

Namn

Adress, postnummer och ort

Personnummer

Telefon dagtid

E-post

Fullmaktsgivare/patient

Namn och alla ev tidigare namn

Personnummer

Sjukhus, klinik, vårdcentral samt ort

Tidsperiod

Önskade handlingar

☐ Hela journalen ☐ Del av journal, specificera nedan. (Tex journaltext, födelsetid, vaccinationsuppgift)

Fullmakt

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

Fullmaktsgivarens underskrift (obligatoriskt)

Datum (obligatoriskt)

Fullmaktsgivarens telefonnummer (obligatoriskt)

Kopia 1-9 är gratis, kopia 10 kostar 60 kr och därefter 6 kr per kopia. Kostnader för postförskott tillkommer.