



Beställningsdatum:

<input type="checkbox"/> Patientens efternamn (även tidigare namn)	Patientens förnamn:	Patientens personbeteckning:	
Begäran: <input type="checkbox"/> kopia av patientjournal <input type="checkbox"/> kopia av epikris <input type="checkbox"/> kopia av laboratedata <input type="checkbox"/> kopia av röntgenutlåtanden <input type="checkbox"/> kopia av röntgenbilder <input type="checkbox"/> kopia av medicineringsuppgifter <input type="checkbox"/> kopia av andra uppgifter, nämligen (skriv nedan):			
Vårdplats/vårdplatser, från vilken/vilka kopior önskas (= mottagaren av beställningen):			
Vårdår, från vilket/vilka kopior önskas:			
Behandlande läkare:			
Behandlande fängelseläkare:			
Beställarens telefonnummer (även riktnummer):			
Datum:	Beställarens underskrift:	Beställarens namnförtydligande:	Beställarens yrkesbeteckning:
Jag samtycker till att kopior av mina hälsouppgifter får skickas till adressen nedan.			
Datum:	Patientens underskrift:	Patientens namnförtydligande:	
En patient har inte rätt att förbjuda att uppgifter överlämnas i fråga om köpta tjänster (RJO dnr 3109/4/11). Vänligen skicka en sammanfattning av den genomförda behandlingen inklusive anvisningar om fortsatt behandling. <input type="checkbox"/>			
Skicka kopior av hälso- och sjukvårdshandlingarna för ovannämnda person till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar <input type="checkbox"/> via fax till nummer _____ eller <input type="checkbox"/> till adressen Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (VTH) Fängelsets namn: Adress: Postnummer och ort:			