 **BEGÄRAN OM KOPIERING AV JOURNALUPPGIFTER**

Tämä lomake on tarkoitettu muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden, viranomaisten tai toimijoiden potilasasiakirjapyyntöihin.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patientens efternamn: | | Patientens förnamn: | | Patientens personbeteckning: | | |
| Tidigare namn: | |  | |  | | |
| Önskad information :  läkartexter  röntgenutlåtanden  laboratorieresultat medicineringsuppgifter  annat, vad: | | | | | | |
| Under vilken tidsperiod: | | | | | | |
| Jag önskar att begäran om information behandlas brådskande. Om du önskar en brådskande behandling, motivera här varför (vi påskyndar inte behandlingen separat utan särskild anledning) | | | | | | |
| Namnet på mottagaren och vart kopior av patienthandlingarna ska skickas. | | | | | |
| Telefonnummer: | | | | | |
| 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: | | |
| Tilläggsinformation om begäran om uppgifter: | | | | | |