 **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 :läkartexterröntgenutlåtanden laboratorieresultat medicineringsuppgifterannat, 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: |