



Begäran om journalhandling

Blankett för annan vårdgivare/myndighet

Avsändare/Beställare

Namn på enhet	
Ansvarig för beställningen	Telefon
Adress	
Postadress	Postort

Patientuppgifter

Namn
Personnummer (ååmmdd-nnnn)

Journalkopior önskas från följande kliniker/mottagningar

--

Begärda kopior (ex. journalanteckningar, remissvar, röntgenutlåtanden, labbsvar etc.)

Gällande tidsperiod/datum:

Patientens (/vårdnadshavares) samtycke har inhämtats

Samtycke krävs ej enligt lagstöd: _____

Dagens datum: _____

Blanketten skickas in via:

Post: Region Dalarna
Gemensam utlämningsfunktion
Box 712, 791 29 Falun

Fax: 023-49 10 46

Mejl: guf@regiondalarna.se