

Fullmakt för beställning av journalkopior

Jag samtycker till att uppgifter rörande mitt hälsotillstånd och andra personliga förhållanden får lämnas till:

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Beskriv fullmaktens omfattning (t.ex. tidsperiod, vilken avdelningen/mottagning det gäller, typ av journalanteckningar):

Fullmakten gäller endast denna specifika begäran.

Namnsteckning:	Namnförtydligande:
Personnummer:	Datum: