Beställning av journaler

PRIMA
BARN- OCH VUXENPSYKIATRI AB

BESTÄLLARE	PATIENT
Namn:	Namn:
Företag/vårdenhet/myndighet:	Personnummer:
Fullständig adress:	
Telefonnummer:	

VÅRDUPPGIFTER
Mottagning: Vårdperiod:

ÖNSKADE HANDLINGAR
☐ Journalblad ☐ Hela journalen
Ange tidsperiod:

☐ Intyg/utlåtande ☐ Andra handlingar
Ange vilken/vilka: Ange vilka:

SYFTE
☐ Fortsatt vård ☐ Forskning ☐ Annan anledning Ange vilken:

PATIENTENS OCH/ELLER VÅRDNADSHAVARENS SAMTYCKE

Patient (ungdomar 13 eller äldre) Undantag kan ske beroende på barnets mognad och förmåga att fatta egna beslut.	☐ Jag samtycker till att kopia av de ovan nämnda delarna av min journal lämnas ut.
Namn:	Underskrift

Vårdnadshavare 1 Personnummer:	☐ Jag samtycker att kopia av de ovan nämnda delarna av mitt barns journal lämnas ut.
Namn:	Underskrift
Vårdnadshavare 2 Personnummer:	☐ Jag samtycker att kopia av de ovan nämnda delarna av mitt barns journal lämnas ut.
Namn:	Underskrift

DE BEGÄRDA HANDLINGARNA

☐ Skickas till patientens folkbokföringsadress	☐ Hämtas från mottagningen (ID-handling krävs)
☐ Skickas till beställarens adress (gäller vid begäran från myndighet eller vårdenhet)	