

# Rekvisition av journalhandlingar

## Patientuppgifter

Personnummer:	
Namn:	
Adress:	
Postnr:	Postadress:
Telefonnr:	Mobilnr:

## Beställaruppgifter (om annan än patienten)

Relation till patienten:	<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Vårdgivare	<input type="checkbox"/> Annan
Namn:			
Adress:			
Postnr:	Postadress:		
Telefonnr:	Mobilnr:		
Patientens samtycke har inhämtats för rekvisition:			
<input type="checkbox"/> Ja			
<input type="checkbox"/> Nej			
Skäl till att samtycke ej inhämtats:			

## Begärda journalhandlingar

Från verksamhet inom Bräcke diakoni:
Vårdperiod:
Vad önskas? <input type="checkbox"/> Journaltext <input type="checkbox"/> Lab-listor <input type="checkbox"/> Undersökningar
<input type="checkbox"/> Annat:

Patientunderskrift	Beställare (om annan än patienten)
Ort och datum:	Ort och datum:
Namnsteckning:	Namnsteckning:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:

## Underskrift av utlämnande enhet:

Datum:	Namn:	Telefonnr:
--------	-------	------------

Dokumentet scannas till patientens journal

DokID	Dokumenttyp	Dokumentnamn	Gäller för	Godkännare	Godkänt	Sida
	3 Blanketter			[GodkännareRoll]		1(1)