

Beställningsblankett för journalkopior

Viktigt att alla personuppgifter nedan är korrekt ifyllda. Journalkopiorna skickas till folkbokföringsadressen inom 10 dagar. Vid reservnummer behöver en giltig adress vara ifylld.

Datum: _____

Personnummer/Reservnr: _____

Namn: _____

Adress (obligatoriskt vid reservnr): _____

Telefonnummer: _____

Klinik:

☐ Akutmedicinkliniken

☐ Hjärtkliniken

☐ Medicinkliniken

☐ Neurologkliniken

☐ Kirurgkliniken

☐ Ortopedkliniken

☐ Smärtkliniken

Vårdtid: _____

Handlingar:

☐ Journalanteckningar

☐ Lab/Odlingar

☐ Röntgensvar

☐ Övrigt: _____

Underskrift: _____

Cario S:t Görans Sjukhus AB
Journalervice
112 81 Stockholm
Tel: 08-58 70 12 68, Fax: 08-58 70 19 59
Telefontider: Mån-To 8:30-10:00, 13:00-14:00