



## Fullmakt för begäran om kopior av annans journal

Journalervice

### Uppgifter om beställare

Beställares för- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Relation till patient
Beställares namnunderskrift	

### Uppgifter om fullmaktsgivare/patient

För- och efternamn	Personnummer
Vilken vårdenhet gäller förfrågan? (Ex. Akutmottagningen Malmö/Vårdcentralen Delfinen)	
Önskas journalanteckningar och/eller någon specifik undersökning? <i>Ange vilket.</i>	
För vilken tidsperiod gäller förfrågan? <i>Ange datum eller tidsintervall.</i>	

---

## FULLMAKT

Genom fullmakt nedan ger fullmaktsgivaren beställaren rätt att begära kopia av beställda journalhandlingar. Fullmakten gäller enbart denna specifika begäran.

Fullmaktsgivarens underskrift	Fullmaktsgivarens telefonnummer
Datum	Ort

*Fullmakten sänds i original till:*

**Region Skåne  
Regionarkivet  
Journalervice  
Box 24046  
224 21 Lund**