



# Begäran om journalhandling

Blankett för annan vårdgivare/myndighet

## Avsändare/Beställare

Namn på enhet	
Ansvarig för beställningen	Telefon
Adress	
Postadress	Postort

## Patientuppgifter

Namn
Personnummer (ååmmdd-nnnn)

## Journalkopior önskas från följande kliniker/mottagningar

--

## Begärda kopior (ex. journalanteckningar, remissvar, röntgenutlåtanden, labbsvar etc.)

Gällande tidsperiod/datum:

*Patientens samtycke har inhämtats*

*Samtycke krävs ej enligt lagstöd: \_\_\_\_\_*

**Dagens datum:** \_\_\_\_\_

### **Blanketten skickas in via:**

**Post:** Region Dalarna  
Gemensam utlämningsfunktion  
Box 712, 791 29 Falun

**Fax:** 023-49 10 46

**Mejl:** [guf@regiondalarna.se](mailto:guf@regiondalarna.se)