Forespørsel om journalutskrift / innsynslogg i pasientjournal

Dette skjema gjelder for innsyn i egen journal, barns journal (under 16 år) og for utskrift av innsynslogg.

Er du pårørende, eller av andre grunner ønsker innsyn i annens journal, gjelder egne regler. Du kan da ikke benytte dette skjema. <https://www.lds.no/behandling/innsyn-i-journal/>

**Forespørselen gjelder**: Egen journal Barns journal Innsynslogg

Fyll ut opplysninger om deg selv – ved **alle** forespørsler!

Navn: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fødsels- og personnummer (11 siffer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnets navn: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fødsels- og personnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg ønsker utskrift av:

**Legejournal/epikrise fra:**

  Medisinsk klinikk

 Kirurgisk klinikk

 Senter for psykisk helse og rus Nic Waals Institutt

 Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fyll ut fra (dato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_til \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg ønsker utskrift av innsynslogg fra (dato)\_\_\_\_\_\_\_\_til \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted/dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sendes til:**

Lovisenberg Diakonale Sykehus v/Dokumentsenteret

Postboks 4970 Nydalen, 0440 Oslo

Ved spørsmål kontakt Pasientjournalarkivet på telefon 23 22 51 32

Det må påregnes inntil 3 ukers behandlingstid. Dokumentene **sendes til folkeregistrert adresse**. Kopieringsgebyr etter gjeldende retningslinjer.