Forespørsel om journalutskrift fra pasientjournal

Dette skjema er for utfylling for forespørsel om journalutskrift fra pasientjournal. Ved forespørsel fra andre, må fullmakt fra pasient eller annen offentlig dokumentasjon vedlegges.

**Forespørselen gjelder**: Egen journal Annens journal

Fyll ut opplysninger om deg selv:

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

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

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

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

*Fylles også ut ved forespørsel om annens journal:*

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

Fødsels- og personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relasjon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg ønsker utskrift av:

**Legejournal/epikrise fra:**

Medisinsk klinikk Kirurgisk klinikk

Senter for psykisk helse og rus Nic Waals Institutt

Ønske om andre dokumenttyper fra journal, spesifiser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Sendes til:**

Lovisenberg Diakonale Sykehus v/Dokumentsenteret via Digipost eller til

Postboks 4970 Nydalen, 0440 Oslo

Ved spørsmål kontakt Dokumentsenteret på telefon 23 22 51 32

Det må påregnes inntil 3 ukers behandlingstid. Dokumentene **sendes til folkeregistrert adresse**.