

Begäran om journalkopior /provsvär

Jag/vi önskar få mina/våra journalkopior/provsvär utlämnade från Lunds IVF Center. Om begäran även omfattar partners journal/provsvär måste även denne skriva medgivande till begäran nedan.

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Efternamn och förnamn (ev. partner)	Personnummer

Jag godkänner begäran av journalkopior /provsvär (behandlade kvinnan)

Namnteckning	Datum
Namnförtydligande	

Jag godkänner begäran av journalkopior/provsvär (ev. partner)

Namnteckning	Datum
Namnförtydligande	

Hämta journalkopiorna/provsvär på kliniken. Kontakta kliniken för att bestämma datum.

Vid utlämnande av journalkopia/provsvär

Legitimation: Körkort <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annan legitimation. Ange vilken. _____

Namnunderskrift (personal)	Datum
Namnunderskrift (den som tar emot Journalkopian)	

Önskar journalkopiorna/provsvär skickas till min/vår folkbokföringsadress som är:

Adress	
Postnummer	Postort