

Rekvisition journalkopior från klinik

Önskar få journalkopia på:

Elevens namn

Personnummer (12siffror)

Önskar utskrift från elevens journal gällande:

Klinik: _____

Datum för besök/tidsperiod: _____

Vilket besök/utredning gäller det: _____

Önskar få journalkopior skickat till:

Namn på skola och adress

Jag samtycker härmed till efterfrågan av journalhandling:

Datum

Elevs namnteckning

Skolsköterska/ skolläkare:

Datum

Namnteckning skolsköterska/skolläkare

Telefonnummer

E-postadress