

Landstingsarkivet

Samtycke

Jag samtycker till att en kopia på min patientjournal från

.....
(Vårdinrättning)

Får överlämnas till

.....
(Verksamhet eller privatperson)

.....
Ort

.....
Datum

Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Telefonnummer

Skickas till:

Landstingsarkivet

Box 4151

141 04 Huddinge