

Samtycke

Jag samtycker till att en kopia på min patientjournal från

.....
(vårdinrättningen)

Får överlämnas till

.....
(verksamhet eller privatperson)

.....
Ort Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Telefonnummer
Skickas till:
Landstingsarkivet
Box 4151
141 04 Huddinge