

Landstingsarkivet

## Samtycke

Jag samtycker till att en kopia på min patientjournal från

.....  
(Vårdinrättning)

Får överlämna till

.....  
(Verksamhet eller privatperson)

.....  
Ort

.....  
Datum

-----  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande

.....  
Telefonnummer

**Skickas till:**  
Landstingsarkivet  
Box 4151