

## 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