|  |  |
| --- | --- |
|  | PRIMA Barn- och VuxenpsykiatriJournalbegäranKatrinebergsvägen 6, plan 4117 43 Stockholm |

**Begäran om journalkopior**

Jag önskar kopior på min journal:

 ❒ Journalblad

 ❒ Kopior på annat journalmaterial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De önskade journalhandlingarna skickas till folkbokföringsadressen.

|  |  |
| --- | --- |
| *Namn* | *Personnummer* |
| *Underskrift* | *Datum* |
| *Adress* | *Telefonnummer* |
| Nedanstående fylls i av PRIMA |  |
| *Godkänt av*  | *Datum* |
| *Underskrift* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Journalkopior utlämnade av* | *Datum* |
|  |  |