|  |  |
| --- | --- |
|  | PRIMA Barn- och Vuxenpsykiatri  Journalbegäran  Katrinebergsvägen 6, plan 4 117 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* |
|  |  |