

Rekvisition av journalhandling

Jag önskar beställa mina journalhandlingar från Cityakuten

Personnummer: _____

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Telefon: _____

Folkbokförings-
adress: _____

Tidpunkt för vårdbesök som
journalhandlingen skall omfatta: _____

Journalhandlingen gäller följande ort:

Stockholm city, ange mottagning:

Ögonlaserbehandling (mottagning Nya Ögon), ange tidpunkt för besöket:

- Solna/Närakuten Barn**
- Upplands Väsby/Närakuten Löwet**
- Göteborg**

Journalhandlingarna hämtas på mottagningen genom ID-kontroll

ID-kontroll, sign: _____ (ifylls av Cityakuten)

Journalhandlingarna skickas till folkbokföringsadressen via rekommenderat brev

Datum: _____

Underskrift

Namnförtydligande

Blanketten skickas till:
CityAkuten
Att: Sekreterargruppen
Holländargatan 4, nb
111 37 Stockholm
www.cityakuten.se

