

**BESTÄLLNING AV JOURNALHANDLING FRÅN CAPIO S:T GÖRANS SJUKHUS**

Beställare (fullständig adress) - <b>OBLIGATORISK INFORMATION</b>	Patientens personnummer och namn - <b>OBLIGATORISK INFORMATION</b>
Ansvarig läkare hos beställare - <b>OBLIGATORISK INFORMATION</b>	
Mottagare: Capio S:t Görans sjukhus Journalervice 112 81 Stockholm  Telefon: 08-58 70 12 68 Fax: 08-58 70 19 59 Telefontider: Mån-To 8:30-10:00, 13:00-14:00.	Datum

**Vårduppgifter**

Klinik / Avd  Capio S:t Görans sjukhus	Vårddatum
--	-----------

**Önskade handlingar**

<input type="checkbox"/> Journalant	<input type="checkbox"/> Röntgenutl	<input type="checkbox"/> Ekg	<input type="checkbox"/> Lab eller Odlingar
<input type="checkbox"/> Op-ant	<input type="checkbox"/> PAD	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____	

**Syfte**

<input type="checkbox"/> Fortsatt vård	<input type="checkbox"/> Forskning/Studie	<input type="checkbox"/> Annan anledning, ange vilken
--	---	---

**Medgivande från patienten - OBLIGATORISK INFORMATION**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Övr upplysningar/Ev skriftligt medgivande från patienten
-----------------------------	------------------------------	--

Beställarens underskrift	Beställarens namnförtydligande	Telefonnummer
--------------------------	--------------------------------	---------------

**SVAR**

<input type="checkbox"/> Beställda handlingar kan inte lämnas ut pga:
---

**Faxöverföring av patientuppgifter skall ske endast i undantagsfall vid akuta ärenden.  
I övriga fall skickas handlingarna med vanlig post.**