

# Anmodning om journalkopi fra Helse Stavanger HF

Jeg,

Navn	
Oppgi eventuelle tidligere navn	
Fødselsnummer	Telefonnummer

Ønsker kopi av

Egen journal

Barns journal (når barnet er under 16 år)

Barnets navn	
Fødselsnummer	
Jeg har foreldreansvaret for barnet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei

Pårørendes journal (du må være hovedparørende). Dersom pasient *ikke* er død, kreves fullmakt

Pasientens navn	
Oppgi eventuelle tidligere navn	
Fødselsnummer	

Jeg ønsker kopi av

Somatisk journal  Psykiatrisk journal

<input type="checkbox"/> Siste opphold/konsultasjon
<input type="checkbox"/> Fra følgende opphold/konsultasjoner: _____
_____
<input type="checkbox"/> Fra alle opphold/konsultasjoner

Kopi av journal vil inneholde fortløpende journal, dvs journal ført av lege/behandler. Dersom det er ønske om kopi av ytterligere dokumentasjon, som f.eks. laboratoriesvar, EKG, osv, må det spesifiseres her:

---

---

Dato

Underskrift

Skjemaet må skrives ut og signeres. Deretter sendes det, eventuelt sammen med fullmakt, til: Helse Stavanger HF, Postboks 8100, 4068 Stavanger. Eventuelt til epostadressen [post@helse-stavanger.no](mailto:post@helse-stavanger.no).

**NB!** Journaldokumentene vil bli sendt til den adressen du er registrert med i folkeregisteret.

Kostnad for kopi av journal er regulert etter gjeldende takster for helsetjenester. Du vil motta faktura sammen med journalkopien. Ved spørsmål, kontakt oss på telefonnr. **51512939** eller **51512966**.