

SAMTYKKE OM JOURNALOVERFØRING/UTSKRIFT
*** MÅ fylles ut!**

*Navn: _____

*F.dato: _____ *P.nr.: _____

*Jeg ønsker utskrift av journal pga: Ny fastlege ___ Eget bruk: ___

*Navn på ny fastlege: _____

*Adresse: _____

*Betalt kr. _____ JA: ___ NEI: ___

- Jeg gir herved samtykke til journalutskrift/oversendelse av min journal til ny lege som angitt over.
- Ved avtale om henting av journal på legesenteret, må den hentes innen 7 dager for å unngå ekstra gebyr ved forsendelse til mottaker.

*Stovner _____

Dato

*

Pasientens underskrift

Ved fastlegebytte overfører vi journalen elektronisk til den nye fastlegen din. Korrekt navn og legesentertilhørighet er derfor svært viktig for oss!