Stovner Legesenter

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: _____

*Navn på nytt legekontor: _____

---

*Betalt i kr (ved utskrift av journal): _____ 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.**
- **Jeg er klar over at jeg belastes for utskrift av journal på over 10 sider.**

***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!

Postadresse: Nedre Rommen 5H, 0988 Oslo **Tlf.:** 23 34 41 40
Besøksadresse: Nedre Rommen 5, Inngang D