|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Rekvisition av journalkopior, annan region**

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens namn | Personnummer |
|       |       |

Elevhälsan med medicinsk inriktning önskar rekvirera utskrifter avseende

|  |  |
| --- | --- |
| Klinik/mottagning | Ungefärligt besöksdatum/tidsperiod |
|       |       |

## Samtycke

Underskrift elev som fyllt 13 år

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

Underskrift vårdnadshavare.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

[ ] Eleven har själv gett sitt muntliga samtycke (gäller elev över 13 år)

[ ]  Vårdnadshavare har gett sitt muntliga samtycke

## Vänligen skicka kopiorna till

|  |  |
| --- | --- |
| Skolsköterska | Skola |
|       |       |
| Adress | Postnummer | Ort |
|       |       |       |
| Telefon | E-postadress |
|       |       |

## Underskrift av beställande skolsköterska

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |       |