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

**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 |
|  |  |  |