

**Begäran om journalkopia av röntgenutlåtande och/eller bilder**

Görs skriftligen på denna blankett och skickas till:

**Unilabs Radiologi Kundtjänst  
Anderstorpsvägen 12  
171 54 Solna**

Undertecknad begär härmed kopia av följande handlingar ur min journal:

- Utlåtande
  Bilder på CD-skiva (kostnad 200 kr)

Undersökningsdatum (ååmmdd) .....

Undersökningstyp och organ .....

Journalkopior skickas normalt till din folkbokföringsadress inom 14 dagar från det begäran registrerats hos Unilabs.

- Jag godkänner att utlåtande/svar skickas till min folkbokföringsadress  
 Jag vill hämta journalkopia på den klinik jag undersöktes på (efter överenskommelse tfn 0771 407 720)

För- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer/mobilnummer		
Underskrift		Ort och datum

<input type="checkbox"/> Patientens ID kontrollerad <input type="checkbox"/> Blankett är inskickad till Unilabs AB. Unilabs AB har kontrollerat patientens ID.	
Vårdenhet	Datum
Underskrift	

**För Unilabs anteckningar**

Ankomstdatum .....

Enhet .....

Begäran besvarades datum		Plats för scanningsetikett	
Bilder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Utlåtande	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Signatur och ev kommentar			