



Cario Artro Clinic

Fullmakt för utlämnande av journalkopior.

Härmed ger jag mitt medgivande för utskrift av mina journalkopior som privatperson.

Datum: _____

Underskrift: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Jag godkänner att journalkopiorna skickas hem till mig per post

Journalkopior lämnas ut på mottagningen,

Id-koll vid utlämnande på mottagningen: _____

*OBS Om ditt barn är mellan 13-16 år ska även barnet signera denna rekvisition på linjen nedan.
