



Rättelse Journal

Patientberättelse och begäran om rättelse

Datum och tid för samtal:.....

Beskriv i fri text vad du anser vara fel i din journalanteckning:

(Om du väljer att bifoga ett annat dokument till detta dokument ska även det dokumentet innehålla personnummer och en underskrift)



Personnummer:

Namn:

Adress:

Postadress:

Tel:

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Begäran av Rättelse Journal ska skickas via brev (ej digitalt) till:

MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB

Rättelse Journal

Tomtebodavägen 12A

171 65 Solna