



## Beställning av avliden patients journalkopior

Det är viktigt att du fyller i hela blanketten. Om vi saknar uppgifter måste vi kontakta dig för komplettering.

Önskar du ta del av avliden anhörigs journal behöver Danderyds Sjukhus ha uppgifter om syftet med begäran, d.v.s. vad du tänker använda journalkopiorna till. Relationen till den avlidne ska styrkas med ett registerutdrag från Skatteverket där ditt släktskap med den avlidne bekräftas "dödsfallsintyg med släktutredning" kopplat till den avlidnes personnummer. Läs och beställ ett intyg på [www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se)

När du fått intyget från Skatteverket skickar du intyget och denna beställning till oss.

**Beställningar utan intyget från Skatteverket kan inte handläggas.**

### Sekretess

Patientens rätt till sekretess och integritetsskydd gäller även efter döden då patientens frid ska värnas. Det innebär att vi tar reda på om personuppgifter kan lämnas ut utan att det kan skada patientens frid eller skada dennes närstående. En sådan prövning ska ske skyndsamt.

I en del fall kan det även krävas medgivande/samtycke från andra anhöriga, till exempel syskon, för att kunna lämna ut efterfrågade journalkopior. Observera att det inte är en självklarhet att en nära släkting har rätt att få ut journalkopiorna.

### Tidsperiod

Hos Danderyds Sjukhus kan du beställa journalkopior från och med 2000-04-01 och framåt. Äldre journaler (fram till och med 2000-03-31) förvaras hos Regionarkivet i Stockholm.

### Informationssäkerhet

Vänligen observera att om du skickar in blanketten via e-post kan Danderyds Sjukhus inte garantera att adekvat sekretessnivå för dina dokument kan upprätthållas. Det kan finnas risk att informationen kan läsas av utomstående och du tar då ansvar för denna risk. Detsamma gäller om du önskar vidare kommunikation mellan dig och Danderyds sjukhus via e-post.



**Fyll i uppgifter om person som avlidit**

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| Personnummer (12 siffror)/Reservnummer (12 siffror): |
| Förnamn:                                             |
| Efternamn:                                           |
| Vilken klinik/kliniker gäller förfrågan?             |

**Kryssa i önskade dokument** (om inget anges skickas journaltexten från läkare)

- ☐ Dödsbevis
- ☐ Dödsorsaksintyg
- ☐ Journaltext läkare
- ☐ Patologisk anatomisk diagnos (PAD)
- ☐ Annat dokument

Ange vilket annat dokument som önskas eller övrig info:

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

**För vilken vårdperiod gäller din förfrågan? Ange datum eller tidsintervall.**

|       |       |
|-------|-------|
| Från: | Till: |
|-------|-------|



**Fyll i uppgifter om beställaren:**

|                            |
|----------------------------|
| Personnummer (12 siffror): |
| Förnamn:                   |
| Efternamn:                 |
| Relation till patient:     |
| Adress:                    |
| Postnummer:                |
| Postort:                   |
| Telefonnummer:             |
| E-post:                    |

**Övrig information och vad journalkopiorna ska användas till:**

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



**Kryssa i hur önskar du ta del av journalkopiorna?**

- ☐ Jag vill få journalkopiorna i PDF, digitalt via 1177 om röntgenbilder beställs skickas de med REK. Utan kostnad.
- ☐ Jag vill få journalkopiorna skickade till min folkbokföringsadress  
Handlingarna skickas med REK. Utan kostnad.
- ☐ Jag vill själv hämta journalkopiorna på Danderyds Sjukhus.

Hur vill du bli kontaktad när din beställning är klar

- ☐ 1177
- ☐ E-post
- ☐ SMS

Journalkopiorna hämtas i informationsdisken vid huvudentrén, där kopia tas på din ID-handling för att du ska få kvittera ut handlingarna.

- ☐ Jag vill att ett ombud hämtar journalkopiorna på Danderyds Sjukhus.

**Hur vill ombudet bli kontaktad när din beställning är klar**

- ☐ E-post
- ☐ SMS

**Ombudet tar med beställarens ID-handling och sin egen.**

Tider som journalkopior kan hämtas i informationsdisken  
Måndag-Torsdag 7-17, Fredag 7-15, Lördag-Söndag Stängt

**Fyll i uppgifter om eventuellt valt ombud**

|                |
|----------------|
| Personnummer:  |
| Förnamn:       |
| Efternamn:     |
| Telefonnummer: |
| E-post:        |

**Beställningen skickas till:**

[dokumentservice.ds@regionstockholm.se](mailto:dokumentservice.ds@regionstockholm.se)

Danderyds Sjukhus  
Dokumentservice  
182 88 Stockholm