Beiðni um afrit úr sjúkraskrá

Umsækjandi:

Nafn:	Kennitala:
Sími:	Netfang:
Heimilisfang:	

Gögn sem óskað er eftir (vinsamlegast tilgreinið eins nákvæmlega og unnt er þau gögn úr sjúkraskrá sem óskað er eftir):

Vinsamlegast sendið umsóknina á netfangið hfg@reykjalundur.is, eða í pósti á Reykjalundur endurhæfing ehf., b.t. skrifstofu heilsugagnafræðinga, Reykjalundi, 270 Mosfellsbær.

Undirskrift umsækjanda:

Dagsetning:	Undirskrift umsækjanda:

Afrit af gildum persónuskilríkjum skal fylgja umsókn.

Gögnin óskast send:

☐ Í Heilsuveru ☐ Í ábyrgðarpósti ☐ Með signet í tölvupóst viðtakanda ☐ Verður sótt í móttöku

Samþykki læknis:

Dagsetning:	Undirskrift læknis:

Gögn móttekin:

Dagsetning:	Undirskrift umsækjanda:

Athugið að gögn eru aðeins afhent gegn framvísun gildra skilríkja.

Umsóknin þessi er vistuð í sjúkraskrá.