



Fæðingadeild SAK

Beiðni um afrit af mæðraskrá

Ég undirrituð _____ Sími: _____
Nafn og kennitala

óska eftir afriti af eftirtöldum gögnum úr sjúkraskrá minni á SAK:

- Mæðraskrá
 Fæðingalýsingu
 Annað _____

Undirskrift

*

Umboð:
Í þeim tilfellum sem sjúklingur getur ekki tekið við afriti af sjúkraskrá sjálfur

Ég undirrituð fel _____ að taka á móti sjúkraskrá minni.
nafn og kennitala

Vitundarvottar:

Undirskrift

*

Samþykki læknis: Nánari lýsing á hvað afritað:

Beiðni um afrit af ofangreindum gögnum er samþykkt.

Dags. Nafn læknis

*

Afhending gagna:

Ég undirrituð _____ hef í dag tekið við afriti af
ofangreindum sjúkragögnum og greitt kr. _____ fyrir _____ blaðsíður, vegna þess.

Dags.

Undirskrift og kennitala

Persónuskilríki sýnd

Kvittun gefin

Þessi beiðni sendist til ritara fæðingadeildar SAK, gögnin verða síðan tilbúin til afhendingar á símvakt SAK 2-3mán. síðar.

Þetta blað geymist í viðkomandi sjúkraskrá.