|  |
| --- |
| Regionshospital Nordjylland  Ambulatorium for Børn og Unge  Bispensgade 37  9800 Hjørring |

Anmodning om aktindsigt

**Barnets navn og cpr-nummer:**

Jeg skal hermed anmode om kopi af mit barns journal i forbindelse med behandling på Børn og Ungeafsnittet/Ambulatorium for Børn og Unge, Regionshospital Nordjylland.

Jeg har forældremyndighed over barnet.

Journalkopien bedes sendt til

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venlig hilsen

dato/underskrift