



Begäran om utdrag av loggkontroll, sammanhållen journal

Namn.....

Personnummer.....

Jag vill se loggkontroll för nedanstående period

Från.....till.....

Datum.....

Namnunderskrift_____

Begäran skickas till

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Socialförvaltningen

Box 43

364 03 Lenhovda