

## Begäran om hävning av spärr i journal

Datum: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefon dagtid: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Vårdenhet: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Jag vill ha ett bekräftelsemail att spärrarna är hävda

Jag vill inte ett bekräftelsemail att spärrarna är hävda