|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | [*Datum*]REVISION – [*namn på mottagning*]  |  |

Härmed intygar [*roll – exv läkare, sekreterare*]

Signatur…………………………………………………………………………

[*Namnförtydligande*]

[*Ort och datum*]

att gällande sekretess för hantering av journalkopior kommer att följas.

Härmed intygar verksamhetschef

Signatur…………………………………………………………………………

[*Namnförtydligande*]

[*Ort och datum*]

att

[*Namnförtydligande*]

har rätt att närvara och dokumentera när utdrag av journalkopior som har samband med aktuell revision görs. Journalkopiorna anonymiseras och förses med löpnummer innan utlämnandet av kopiorna.

Detta dokument **undertecknas i 2 exemplar** varav 1 behålles av verksamhetschefen på mottagningen samt 1 exemplar behålles av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.