# Koppling av identitet Gotland

| **Från: Personnummer/Reservnummer** | **Till: Personnummer/Reservnummer**<br>(Huvudjournal/gällande identitet) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| **Efternamn, förnamn** | |
| | |

**Kontroll av identitet**

☐ Legitimation
☐ LMA-kort
☐ Pass
☐ Annat _____

**Härmed intygas att identiteterna är en och samma person**

| Datum | Vårdenhet |
|---|---|
| Underskrift/befattning | Tel |
| Namnförtydligande | |

Skicka blanketten per post till TakeCare-förvaltningen, eHälsa/MIT, Hus02 Korpen
eller maila blanketten via Säkert meddelande till **takecareehalsamit@gotland.se**