



نعم، أريد تبديل مركز الرعاية الصحية

أريد التبديل إلى مركز الرعاية الصحية التالي:

أنا أختار الطبيب التالي (فقط إذا كان مركز الرعاية الصحية يعرض ذلك):

الإسم:

الرقم الشخصي:

رقم الهاتف:

المكان والتاريخ:

التوقيع:

ملاحظة! القسم أدناه يملأ من قبلك/قبلكم أنت/انتم الحاضن/الحاضنين.

إختياري أعلاه يشمل أيضاً الطفل/الأطفال الذين أنا حاضنهم.

الطفل/الأطفال الذين أنا حاضنهم سيبدلون مركز الرعاية الصحية إلى:

أنا أختار الطبيب التالي (فقط إذا كان مركز الرعاية الصحية يعرض ذلك):

أنا حاضن لـ

(لدى الحضانة المشتركة يجب التوقيع من قبل كلا الحاضنين):

إسم الطفل/الأطفال:

رقم الطفل/الأطفال الشخصي:

المكان والتاريخ:

التوقيع:

التوقيع:

إذا كنت تتبع  
لمركز  
للرعاية الصحية  
يرضيك فلا تحتاج  
إلى عمل  
إختيار جديد.

قدم طلب التبديل إلى المركز الصحي الذي إختترته أو أرسله بالبريد. المعلومات الشخصية التي تدلي بها ستخزن في السجل الإلكتروني الذي يُستعمل لإدارة إختيار مركز الرعاية الصحية. التنظيم النيابي لمحافظة بليكنغه يطبق نظام سجل متكامل، إقرأ المزيد على الموقع [www.lfblekinge.se/halsoval](http://www.lfblekinge.se/halsoval)

