

DA, ŽELIM PROMIJENITI DOM ZDRAVLJA



Želim izabrati slijedeći dom zdravlja:

Biram slijedećeg liječnika (*jedino u domovima zdravlja koji to predviđaju*):

Ime i prezime: _____

Matični broj: _____

Telefon: _____

Mjesto i datum: _____

Potpis: _____

NAPOMENA! Niže navedeno popunjava(ju) samo vršitelj (vršitelji) roditeljskog prava.

Gornji izbor odnosi se također i na moje dijete (moju djecu).

Moje dijete (moja djeca) bira(ju) novi dom zdravlja:

Biram slijedećeg liječnika (*jedino u domovima zdravlja koji to predviđaju*):

Ja sam vršitelj roditeljskog prava nad
(*Ako su oba roditelja vršitelji roditeljskog prava, traži se potpis i jednog i drugog*):

Ime djeteta (djece): _____

Matični broj djeteta (djece): _____

Mjesto i datum: _____

Potpis: _____

Potpis: _____

Pošalji poštom ili predaj osobno prijavu promjene doma zdravlja prema tvom izboru. Navedeni osobni podaci pohranjuju se u kompjuterskoj bazi podataka koja se koristi u svrhu administriranja izbora doma zdravlja. Međuopćinska zajednica Blekinge primjenjuje sistem vezanog vođenja zdravstvenih kartona. Za više informacija vidi www.ltblekinge.se/halsoval.

Ukoliko si već prijavljen u nekom domu zdravlja, novi izbor nije potreban.



LANDSTINGET BLEKINGE