

KYLLÄ, HALUAN VAIHTAA TERVEYSKESKUSTA



Haluan vaihtaa seuraavaan terveyskeskukseen:

Valitsen seuraavan lääkärin (jos terveyskeskus tarjoaa tämän mahdollisuuden):

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Puhelin: _____

Paikkakunta ja päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

HUOM! Huoltaja(t) täyttää/täyttävät alla olevan osan.

Valintani koskee myös lasta/lapsia, jonka/joiden huoltaja olen.

Lapsi/lapset, jonka/joiden huoltaja olen, vaihtavat seuraavaan terveyskeskukseen:

Valitsen seuraavan lääkärin (jos terveyskeskus tarjoaa tämän mahdollisuuden):

Olen seuraavien lasten huoltaja (jos vanhemmilla on jaettu huoltajuus, tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus):

Lapsen/lasten nimi/nimet: _____

Lapsen/lasten henkilötunnus/-tunnukset: _____

Paikkakunta ja päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Allekirjoitus: _____

Postita tai jätä ilmoitus valitsemaasi terveyskeskukseen. Ilmoittamasi henkilötiedot tallennetaan terveyskeskuksen valintaa hallinnoivaan tietokantaan. Kaikki Blekingen maakäräjien alueella toimivat terveyskeskukset käyttävät samaa potilaskertomusjärjestelmää, lue lisää osoitteesta www.ltblekinge.se/halsoval.

Jos olet tyytyväinen nykyiseen terveyskeskukseen, sinun ei tarvitse tehdä valintaa.

