



آری، من می‌خواهم درمانگاه خود را تغییر دهم

من می‌خواهم به این درمانگاه نقل مکان کنم:

من این پزشک را انتخاب می‌کنم (فقط در صورتی که آن درمانگاه چنین امکانی را عرضه کند):

نام: _____

شماره شناسائی: _____

تلفن: _____

مکان و تاریخ: _____

امضا: _____

توجه! شما که سرپرست کودک هستید، بایستی قسمت پائین را پر کنید.

انتخاب بالا که من انجام داده‌ام در مورد کودک/کودکان من نیز معتبر است.

کودک/کودکانی که من سرپرستی آنها را بر عهده دارم و می‌خواهند درمانگاه خود را تغییر دهند:

من این پزشک را انتخاب می‌کنم (فقط در صورتی که آن درمانگاه چنین امکانی را عرضه کند):

من سرپرست این کودکان هستم

(در صورت سرپرستی مشترک باید هر دو سرپرست امضا کنند):

نام کودک/کودکان: _____

شماره شناسائی کودک/کودکان: _____

مکان و تاریخ: _____

امضا: _____

امضا: _____

اگر شما اکنون
متعلق به یک درمانگاه
باشید و از آن راضی
باشید، نیازی نیست
که انتخاب جدیدی
انجام دهید.

این فرم درخواست تغییر درمانگاه را پست کنید یا به ما تحویل بدهید. مشخصات شما که به ما داده شده است نزد ما و در بایگانی اطلاعات ما ذخیره می‌شود و در کارهای اداری انتخاب درمانگاه به کار می‌رود. شورای استان بلکینگه روش نگاشتن و نگهداری به‌همپیوسته پرونده پزشکی را به کار می‌برد. برای خواندن اطلاعات بیشتر در این باره به این وبگاه مراجعه کنید: www.ltblekinge.se/halsoval

