

**TAK, CHCĘ ZMIENIĆ PORADNIĘ**



Chcę dokonać zmiany na poniższą poradnię:

Wybieram poniższego lekarza *(wyłącznie w przypadku, gdy poradnia oferuje taką możliwość)*:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer ewidencyjny: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**UWAGA! Poniższą część wypełnia osoba będąca opiekunem.**

Dokonany przeze mnie powyższy wybór dotyczy również dziecka/dzieci, którego(-ych) jestem opiekunem.

Dziecko/dzieci którego(-ych) jestem opiekunem zmienia poradnię na:

Wybieram poniższego lekarza *(wyłącznie w przypadku, gdy poradnia oferuje taką możliwość)*:

Jestem opiekunem *(w przypadku wspólnego sprawowania opieki wymagane są podpisy obu opiekunów)*:

Imię i nazwisko dziecka/dzieci: \_\_\_\_\_

Numer ewidencyjny dziecka/dzieci: \_\_\_\_\_

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Zgłoszenie zmiany poradni możesz wysłać pocztą lub złożyć w wybranej poradni. Przekazane przez Ciebie informacje zostaną wprowadzone do rejestru komputerowego, który służy do obsługi procesu wyboru poradni. Landstinget Blekinge stosuje skoordynowane prowadzenie kart pacjenta, więcej na ten temat znajdziesz na stronie [www.ltblekinge.se/halsoval](http://www.ltblekinge.se/halsoval).

Jeżeli już należysz do poradni, z której jesteś zadowolony(-a), nie musisz dokonywać nowego wyboru.

