

JA, JAG VILL BYTA VÅRDcentral



Jag vill byta till följande vårdcentral:

Jag väljer följande läkare (endast om vårdcentralen erbjuder detta):

Mitt namn: _____

Mitt personnummer: _____

Mitt telefonnummer: _____

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

OBS! Nedanstående del ifylles av dig/er som är vårdnadshavare.

Mitt val ovan gäller även barnet/barnen jag är vårdnadshavare för.

Barnet/barnen jag är vårdnadshavare för ska byta vårdcentral till:

Jag väljer följande läkare (endast om vårdcentralen erbjuder detta):

Jag är vårdnadshavare för (vid delad vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under):

Barnets/barnens namn: _____

Barnets/barnens personnummer: _____

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Underskrift: _____

Posta eller lämna in din anmälan om byte till din valda vårdcentral.
De personuppgifter du lämnar kommer att lagras i det dataregister som används för att administrera val av vårdcentral. Landstinget Blekinge tillämpar sammanhållen journalföring, läs mer på www.ltblekinge.se/halsoval.

Tillhör du redan en vårdcentral du är nöjd med behöver du inte göra ett nytt val.



LANDSTINGET BLEKINGE