

Anmälan om val av vårdplats för icke-brådskande vård

Namn _____ Personbeteckning _____

Gatuadress _____ Postnummer _____

Postkontor _____

Telefon _____ E-postadress _____

**Nuvarande hälsostation
(stationens namn, adress
och telefonnummer)**

**Ny hälsostation
(stationens namn, adress
och telefonnummer)**

Valet är bindande för ett år.

Jag har tagit del av informationen om valet av hälsostation.

Jag ger mitt samtycke till att all information som behövs för vården av mig själv/den som står under min vårdnad överförs från den nuvarande hälsostationen (se ovan) till den nya hälsostationen (se ovan)

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Lämna in den ifyllda blanketten till både den nuvarande och den nya hälsostationen (skriv ut och underteckna två exemplar). Vårdansvaret övergår till den hälsostation du har valt senast tre veckor efter att blanketten har kommit in.

Ifylls av den som mottar blanketten

Blanketten mottagen (datum) _____

Byte av hälsostation (datum) _____