

## Ilmoitus kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Katuosoite \_\_\_\_\_ Postinumero \_\_\_\_\_

Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_ Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Nykyinen terveyskeskus  
(terveyskeskuksen nimi,  
osoite ja puhelinnumero)

Uusi terveyskeskus  
(terveyskeskuksen nimi,  
osoite ja puhelinnumero)

Valinta on sitova vuodeksi.

- Olen tutustunut terveyskeskuksen valintaan liittyvään informaatioon.
- Annan suostumukseni siirtää itseäni / huollettavaani koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja em. nykyisestä terveyskeskuksesta em. uuteen terveyskeskukseen.

Päiväys \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

*Toimita täytetty lomake sekä nykyiseen että uuteen terveyskeskukseen (printtaa ja allekirjoita kaksi kappaletta).  
Hoitovastuu siirtyy valitsemaasi terveyskeskukseen viimeistään kolmen viikon kuluttua tämän lomakkeen saapumisesta.*

---

### Lomakkeen vastaanottaja täyttää

Lomake vastaanotettu (pvm) \_\_\_\_\_

Terveyskeskuksen vaihto (pvm) \_\_\_\_\_