



ILMOITUS KIIREETTÖMÄN HOIDON HOITOPAIKAN VALINNASTA

MEDDELANDE OM BYTE AV VÅRDPLATS FÖR ICKE BRÅDSKANDE VÅRD

Nimi / Namn		Henkilötunnus / Personsignum
Osoite / Adress		Puhelin / Telefon
Postinumero / Postnummer	Postitoimipaikka / Postanstalt	Sähköposti / E-post
Nykyinen terveyskeskus (terveyskeskuksen nimi, osoite ja puhelinnumero) Nuvarande hälsocentral (hälsocentralens namn och telefonnummer)		
Uusi terveyskeskus (terveyskeskuksen nimi, osoite ja puhelinnumero) Ny hälsocentral (hälsocentralens namn och telefonnummer)		
Vaihtumisen päivämäärä: Datum för byte: _____		

Olen tutustunut terveyskeskuksen valintaan liittyvään informaation.  
Jag har bekantat mig med informationen gällande byte av hälsocentral.

Annan suostumukseni siirtää itseäni / huollettavaani koskevia kaikki hoidon kannalta tarpeellisia tietoja em. nykyiseltä terveyskeskukselta em. uudelle terveyskeskukselle.  
Jag ger mitt samtycke till att flytta alla mina uppgifter / personens uppgifter jag har fullmakt för gällande vården från nuvarande hälsocentral till den nya hälsocentralen.

Päiväys / Datum

Allekirjoitus ja nimenselvennys  
Underskrift och namnförtydligande

*Toimita täytetty lomake sekä nykyiselle että uudelle terveyskeskukselle.  
Hoitovastuu siirtyy valitsemallesi terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua tämän lomakkeen saapumisesta. Valinta sitoo vuodeksi.*

*Returnera den ifyllda blanketten till den nuvarande och den nya hälsocentralen.  
Vårdansvaret träder i kraft i den nya hälsocentralen senast tre veckor efter att blanketten har anlänt. Valet binder för ett år framåt.*

Viranomais täyttää / Myndighet fyller i

Ilmoitus on vastaanotettu  
Meddelande har emottagits \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

allekirjoitus ja nimenselvennys  
underskrift och namnförtydligande