

## ILMOITUS TERVEYSKESKUKSEN VALINNASTA

HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
Kotikunta	Osoite	Puhelin
<b>1) Nykyinen terveyskeskus ja terveysasema (terveyskeskuksen/-aseman nimi, osoite ja puh)</b>		
<b>2) Uusi terveyskeskus ja terveysasema (terveyskeskuksen/-aseman nimi, osoite,puh)</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Annan suostumuksen siirtää itseäni/huollettavaani koskevia kaikkia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja em. nykyisestä terveyskeskuksesta em. uudelle terveyskeskukselle.</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Olen tutustunut alla olevaan terveyskeskuksen vaihdon ohjeistukseen.</b>		
Paikka ja aika	Allekirjoitus (alaikäisen lapsen ilmoitukseen huoltajan allekirjoitus)	
Päivämäärä jolloin vaihtohakemus on vastaanotettu	Muutos viety järjestelmään, pvm	Vastaanottajan allekirjoitus

### Hyvä potilas!

Olette ilmoittanut terveyskeskuksenvalinnasta. Ohessa tietoa niistä vaikutuksista, joita terveyskeskuksenvaihto aiheuttaa hoitojärjestelyihinne.

Ilmoituksenne on sitova valintapäätös ja valinta on voimassa toistaiseksi. Uusi terveysaseman vaihto on mahdollinen aikaisintaan vuoden kuluttua.

Vaihto on henkilökohtainen. Mikäli muut perheenjäsenet haluavat vaihtaa terveysasemaa, tulee jokaisesta tehdä oma ilmoitus.

Ilmoituksen jälkeen Teidät listataan terveysaseman potilaaksi viimeistään 3 viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta.

Valitsemaltanne terveyskeskukselta saatte kaikki perusterveydenhuollon palvelut.

Voitte tarvittaessa asioida vielä 3 viikon ajan ilmoituksen jättämisestä nykyisessä terveyskeskuksessa.

Lisätietoja vaihtoon liittyvistä asioista saatte terveyskeskuksen toimistosta puh. 019 758 5500 ja tarvittaessa terveyskeskuksen ylilääkäriltä/osastonhoitajalta.

**Toimittakaa tämä lomake sekä nykyiselle että valitsemallenne terveyskeskukselle.**