

TERVEYSASEMAN, HAMMASHOITOLAN JA NEUVOLAN VAIHTO

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Nykyinen terveysasema _____

Uusi terveysasema _____

Syy terveysaseman vaihtoon

- Sijainti
- Pitkät jonot vastaanotoille
- Muu, mikä

Annan allekirjoituksellani suostumukseni hankkia/luovuttaa itseäni koskevia hoidon järjestämisen kannalta tarpeellisia tietoja muilta terveydenhuollon yksiköiltä.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Terveysaseman, hammashoitolan ja neuvolan vaihdossa hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle, hammashoitolalle tai neuvolalle viimeistään kolmen viikon kuluttua kirjallisen ilmoituksen saapumisesta. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Lomake tehdään kahtena kappaleena, joista toinen lähetetään nykyiselle ja toinen uudelle terveysasemalle.

Lomake vastaanotettu (pvm) _____

Terveysasema vaihdettu (pvm) _____

(Henkilötiedot tallennetaan potilastietojärjestelmään, eikä niitä käytetä muihin tarkoituksiin)