**ILMOITUS TERVEYSKESKUKSEN / TERVEYSASEMAN PYSYVÄSTÄ TAI TILAPÄISESTÄ VAIHDOSTA**

**Jokaisesta siirtyvästä henkilöstä täytetään oma lomakkeensa**

Nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nykyinen terveyskeskus / terveysasema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valittu terveyskeskus / terveysasema ja osoite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaihdan terveysasemaa**

󠅚 **pysyvästi**: Terveydenhuoltolaki (ThL) 48§. Vaihto koskee kaikkia sosiaali-ja terveydenhuollon palveluita. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle kolme (3) viikkoa ilmoituksen vastaanotosta. Uuden terveysasemavaihdon voit tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä vaihdosta.

󠅚 **tilapäisesti** (hoitosuunnitelman mukainen hoito) vakituisen asuinkunnan ulkopuolella: Thl 47§. Tarvitset hoitoa tilapäisesti oman asuinkunnan ulkopuolella esim. työn tai opiskelun vuoksi. Hoitosuunnitelma liitetään mukaan.

**Perustelut vaihtoon** (vapaaehtoinen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hyväksyn että minua koskevat potilasasiakirjat siirretään valittuun terveyskeskukseen / terveysasemalle.
Paikka ja päiväys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_
Allekirjoitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lomake tulostetaan kahtena kappaleena, täytetään ja palautetaan sekä valitsemaan terveyskeskukseen / terveysasemalle että ​nykyiseen terveyskeskukseen / terveysasemalle.**

 **Henkilökunta täyttää:**

Ilmoitus vastaanotettu ja tiedot viety potilastietojärjestelmään (perustiedot, terveysaseman muutos):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

Vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_