



MEDDELANDE OM BYTE AV HÄLSOVÅRDSCENTRAL / HÄLSOSTATION

Namn _____

Personbeteckning _____

Adress _____

Telefonnummer _____

Nuvarande hälsovårdscentral / hälsostation _____

Vald hälsovårdscentral / hälsostation och dess adress

Bytet är

- permanent (stadigvarande hälsostation): Hälso- och sjukvårdslag 48§
- tillfälligt (behandling enligt vårdplan) utanför den stadigvarande hemkommunen: Hälso- och sjukvårdslag 47§

Motiveringar till bytet (frivilligt)

Vårdansvaret övergår till den valda hälsostationen tre (3) veckor efter det att anmälan har kommit in.

Jag godkänner att mina patientdokument överförs till den hälsovårdscentral / hälsostation som jag valt.

Ort och datum _____ . _____ .20 _____

Underskrift _____

En separat blankett fylls i för varje person som flyttas. Valet kan göras på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Blanketten skrivs ut i två exemplar, ifylls och lämnas in både till den valda hälsovårdscentralen / hälsostationen och till den nuvarande hälsovårdscentralen / hälsostationen.

Personalen fyller i:

Meddelandet har mottagits och uppgifterna registrerats i informationssystemet för patientuppgifter (basinformation, byte av hälsostation):

_____ . _____ .20 _____

Mottagarens underskrift och namnförtydligande
