



TERVEYSKESKUKSEN / TERVEYSASEMAN VAIHTOILMOITUS

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Nykyinen terveyskeskus / terveysasema _____

Valittu terveyskeskus / terveysasema ja osoite _____

Vaihdan

pysyvästi (vakituinen terveysasema): Terveystieteiden laitos (ThL) 48§

tilapäisesti (hoitosuunnitelman mukainen hoito) vakituisen asuinkunnan ulkopuolella: ThL 47§

Perustelut vaihtoon (vapaaehtoinen)

Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle kolme (3) viikkoa ilmoituksen vastaanotosta.

Hyväksyn että minua koskevat potilasasiakirjat siirretään valittuun terveyskeskukseen /
terveysasemalle

Paikka ja päiväys _____ . _____. 20____

Allekirjoitus _____

**Jokaisesta siirtyvästä henkilöstä tehdään oma lomakkeensa. Uuden valinnan voi
tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua.**

**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



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue