



**ILMOITUS KIIREETTÖMÄN HOIDON HOITOPAIKAN VALINNASTA**

**MEDDELANDE OM BYTE AV VÅRDPLATS FÖR ICKE BRÅDSKANDE VÅRD**

<b>Nimi / Namn</b>		<b>Henkilötunnus / Personsignum</b>
<b>Osoite / Adress</b>		<b>Puhelin / Telefon</b>
<b>Postinumero / Postnummer</b>	<b>Postitoimipaikka / Postanstalt</b>	<b>Sähköposti / E-post</b>
<b>Nykyinen terveyskeskus</b> (terveyskeskuksen nimi, osoite ja puhelinnumero) <b>Nuvarande hälsocentral</b> (hälsocentralens namn och telefonnummer)		
<b>Uusi terveyskeskus</b> (terveyskeskuksen nimi, osoite ja puhelinnumero) <b>Ny hälsocentral</b> (hälsocentralens namn och telefonnummer)		
Vaihtumisen päivämäärä: Datum för byte: _____		

Olen tutustunut terveyskeskuksen valintaan liittyvään informaation.  
Jag har bekantat mig med informationen gällande byte av hälsocentral.

Annan suostumukseni siirtää itseäni / huollettavaani koskevia kaikki hoidon kannalta tarpeellisia tietoja em. nykyiseltä terveyskeskukselta em. uudelle terveyskeskukselle.  
Jag ger mitt samtycke till att flytta alla mina uppgifter / personens uppgifter jag har fullmakt för gällande vården från nuvarande hälsocentral till den nya hälsocentralen.

**Päiväys / Datum**

**Allekirjoitus ja nimenselvennys  
Underskrift och namnförtydligande**

*Toimita täytetty lomake sekä nykyiselle että uudelle terveyskeskukselle.  
Hoitovastuu siirtyy valitsemallesi terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua tämän lomakkeen saapumisesta. Valinta sitoo vuodeksi.*

*Returnera den ifyllda blanketten till den nuvarande och den nya hälsocentralen.  
Vårdansvaret träder i kraft i den nya hälsocentralen senast tre veckor efter att blanketten har anlänt. Valet binder för ett år framåt.*

Viranomais täyttää / Myndighet fyller i

Ilmoitus on vastaanotettu  
Meddelande har emottagits \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
allekirjoitus ja nimenselvennys  
underskrift och namnförtydligande