

ILMOITUS TERVEYSASEMAN VAIHDOSTA

Asiakkaan nimi _____

Henkilötunnus _____

Katuosoite _____

Postitoimipaikka _____

Puhelinnumero _____

Kotikunta _____

Valinta koskee myös seuraavia alaikäisiä lapsiani (12 v. tai alle)

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Nykyinen terveysasema _____

Valitsemani uusi terveysasema _____

Päiväys _____ Allekirjoitus _____

Lomake palautetaan nykyiselle ja uudelle terveysasemalle.

Hyvä asiakas!

Ilmoituksesi terveysaseman vaihdosta on sitova. Seuraavan kerran terveysaseman vaihto on mahdollista aikaisintaan vuoden kuluttua.

Valitsemaltasi terveysasemalta saat perusterveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa sekä pitkäaikaista laitoshoidtoa.

Aiemmin varatut ajat eivät siirry uudelle terveysasemalle ja käyttämättömistä/peruuttamattomista ajoista peritään maksu.

Vastuu hoidostasi siirtyy uudelle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua, kun ilmoitus on vastaanotettu.

Lomake vastaanotettu, pvm _____