

- PO, UNË DËSHIROJ TË NDËRROJ
- QENDRËN E KUJDESIT SHËNDETËSOR



Dua ta zgjedh këtë qendër shëndetësore:

Dua ta kam këtë mjek (*vetëm nëse qendra shëndetësore e ofron këtë mundësi*):

Emri: _____

Numri personal: _____

Telefoni: _____

Vendi dhe data: _____

Nënshkrimi: _____

VINI RE! Pjesa e mëposhtme plotësohet nga ti/ju që jeni prindër/kujdestarë. Vlen për fëmijët deri në 16 vjeç.

- Zgjedhja ime, si më lartë, vlen edhe për fëmijën/fëmijët për të cilët jam prind/kujdestar.
- Fëmija/fëmijët për të cilët jam prind/kujdestar, zgjedhë këtëqendër shëndetësore:

Dua ta kam këtë mwwjek (*vetëm nëse qendra shëndetësore e ofron këtë mundësi*):

Unë jam/ne jemi prindër/kujdestarë (*në rast të kujdesit të përbashkët, duhet të nënshkruajnë të dy prindërit/kujdestarët*):

Emri i fëmijës/fëmijëve: _____

Numri personal i fëmijës/fëmijëve: _____

Vendi dhe data: _____

Nënshkrimi: _____

Nënshkrimi: _____

Unë që ndërroj qendër shëndetësore brenda Blekinges e jap pëlqimin tim që kopjet e historikut shëndetësor mund të merren nga dhënësi i mëparshëm i shërbimit shëndetësor.

Unë që jam i sapoardhur në Blekinge, e jap pëlqimin tim, që kopjet e historikut shëndetësor të mund të kërkohen nga dhënësi i mëparshëm i shërbimit shëndetësor, në qoftë se kjo gjë nevojitet për mjekimin tim. Të lutem, shkruaj se nga ku mund t'i kërkojmë:

Ky pëlqim nuk e përfshin mbajtjen e njësuar kombëtare të historikut shëndetësor.

Postoje ose dorëzoje formularin tënd te qendra e zgjedhur e shëndetësore. Të dhënat personale që i jep do të shënohen në një regjistër të dhënash kompjuterike që përdoren për administrimin e zgjedhjes së qendrës shëndetësore. Këshilli i prefekturës Blekinge zbaton mbajtjen të njësuar të historikut shëndetësor, lexo më shumë në www.1177.se/Blekinge.

