



أريد أن أختار مركزاً صحياً بشكل فعال.

لقد أخترت مركزاً صحياً ولكني أريد أن أختار الطبيب.

أريد أن أختار المركز الصحي التالي

أرغب بأختيار الطبيب التالي (فقط اذا كان المركز الصحي يعرض ذلك)

الاسم: _____

الرقم الشخصي: _____

رقم التلفون: _____

المنطقة والتاريخ: _____

التوقيع: _____

ملاحظة! يملأ الجزء ادناه من قبلك/قبلكم بأعتبارك حامل حق الحضانة. تخص الاطفال الى عمر 16 سنة.

يشمل أختياري اعلاه طفلي/أطفالي بأعتباري ولي امرهم/ حامل حق الحضانة.

طفلي/أطفالي الذين أنا ولي امرهم/حامل حق الحضانة يختارون المركز الصحي التالي.

أرغب الطبيب التالي (فقط اذا كان المركز الصحي يعرض ذلك)

أنا/نحن حاملو حق الحضانة للاطفال: (يجب ان يوقع كلا من حاملي حق الحضانة في حالة الحضانة المشتركة)

أسم الطفل/الاطفال: _____

الرقم الشخصي للطفل/ الاطفال: _____

المنطقة والتاريخ: _____

التوقيع: _____

التوقيع: _____

أوافق على ان تطلب نشرة المريض الخاصة بي من المركز الصحي السابق في حالة تغيير المركز الصحي ضمن بليكنكة.

في حالة انتقالي الى بليكنكة، أوافق على ان تطلب نسخة من نشرة المريض الخاصة بي من المركز الصحي السابق اذا كان ذلك ضروريا للرعاية الصحية. (أذكر لطفا من اي مركز صحي يمكننا طلب نشرة المريض)

لا تشمل هذه الموافقة النظام الموحد لنشرة المريض.

سلم او ارسل أستمارتك بالبريد الى المركز الطبي الذي اخترته. ستخزن البيانات التي ارسلتها في نظام خاص لتسجيل المعلومات يستعمل لإدارة اختيار المراكز الصحية. تطبق مقاطعة بليكنكة النظام الموحد لنشرة المريض. اقرأ المزيد في www.1177.se/Blekinge

