



من می خواهم بطور فعال درمانگاه خود را انتخاب کنم

من درمانگاه خودم را انتخاب کرده‌ام و می خواهم پزشک خود را انتخاب کنم

من می‌خواهم این درمانگاه را انتخاب کنم:

من این پزشک را انتخاب می‌کنم (فقط در صورتی که آن درمانگاه چنین امکانی را عرضه کند):

نام: _____

شماره شناسائی: _____

تلفن: _____

مکان و تاریخ: _____

امضا: _____

توجه! شما که سرپرست کودکان تا 16 سال هستید، بایستی قسمت پائین را پر کنید.

انتخاب بالا که من انجام داده‌ام در مورد کودک/کودکان من نیز معتبر است.

کودک/کودکانی که من سرپرستی آنها را برعهده دارم و می خواهند درمانگاه خود را تغییر دهند:

من این پزشک را انتخاب می‌کنم (فقط در صورتی که آن درمانگاه چنین امکانی را عرضه کند):

من سرپرست این کودکان هستم. در صورت سرپرستی مشترک باید هر دو سرپرست امضا کنند:

نام کودک/کودکان: _____

شماره شناسائی کودک/کودکان: _____

مکان و تاریخ: _____

امضا: _____

امضا: _____

من که از درمانگاهی در بلکینگه به درمانگاه دیگری در همین منطقه منتقل می شوم، اجازه

میدهم که پرونده پزشکی من از آنجا به درمانگاه جدید منتقل شود

من که به تازگی به بلکینگه نقل مکان کرده‌ام اجازه می‌دهم که نسخه‌ای از پرونده پزشکی من

در صورتی که برای ادامه درمان من مورد نیاز باشد، به درمانگاه جدید منتقل شود. لطفاً نام درمانگاه قبلی خود را در اینجا بنویسید:

این اجازه شامل جمع‌آوری اطلاعات برای پرونده‌های سراسری ملی نمیشود

فرم خود را به درمانگاه منتخبان یا پست کنید یا تحویل دهید. اطلاعات شخصی که شما تحویل می‌دهید در بایگانی داده‌ها که به منظور اداره انتخاب درمانگاهها از آن استفاده میشود، ذخیره خواهند شد. شورای استان بلکینگه از روش پرونده یکپارچه پزشکی استفاده میکند.

برای مطالعه بیشتر مراجعه کنید به: www.1177.se/Blekinge

