



- ZAMIERZAM CZYNNIE WYBRAĆ PRZYCHODNIĘ LEKARSKĄ.
- DOKONAŁEM JUŻ WYBORU PRZYCHODNI A CHCĘ WYBRAĆ LEKARZA.

Pragnę wybrać następującą przychodnię lekarską:

Wybieram poniższego lekarza (jeżeli przychodnia umożliwia taki wybór):

Imię i nazwisko: _____

Numer ewidencyjny: _____

Telefon: _____

Miejscowość i data: _____

Podpis: _____

UWAGA! Poniższą część wypełnia tylko osoba będąca opiekunem dziecka/dzieci w wieku do 16 lat.

- Mój wybór dotyczy również dziecka/dzieci, których jestem opiekunem/mopiekunką.
- Dziecko/dzieci będące pod moją opieką wybiera (wybierają) następującą przychodnię:

Wybieram poniższego lekarza (o ile przychodnia oferuje taką możliwość):

Jestem opiekunem/opiekunką (w przypadku wspólnego sprawowania opieki wymagane są podpisy obojga opiekunów):

Imię i nazwisko dziecka/dzieci: _____

Numer ewidencyjny dziecka/dzieci: _____

Miejscowość i data: _____

Podpis: _____

Podpis: _____

- Zmieniając przychodnię lekarską w obrębie Blekinge wyrażam zgodę na prze niesienie kopii moich kart chorego z poprzedniej przychodni.
- Jako świeżo zamieszkały/zamieszkała w Blekinge wyrażam zgodę na zażądanie w poprzedniej przychodni kopii kart chorego, jeżeli wymaga tego moje leczenie. Prosimy podać, skąd można je ściągnąć:

Powyższa akceptacja nie dotyczy ogólnokrajowego rejestru kart chorego.

Niniejszy formularz dostarcz lub wyślij pocztą do wybranej przez siebie przychodni lekarskiej. Twoje dane osobowe zostaną wpisane w rejestr służący do administrowania wybranymi przychodniami. Samorząd wojewódzki Blekinge stosuje zintegrowany system zapisów historii choroby; czytaj więcej na www.1177.se/Blekinge.

