

Val av vårdcentral Hälsoval Sörmland

Jag väljer/önskar byta till

Vårdcentral

Namn	Personnummer (12 siffror)
------	---------------------------

Gatuadress (enl. folkbokföring)	Postadress (enl. folkbokföring)
---------------------------------	---------------------------------

Datum	<u>Namnunderskrift</u>	Telefon dagtid
-------	------------------------	----------------

Detta innebär Hälsovalet för dig:

- **OBS!** När du väljer vårdcentral för ditt barn, väljer du även barnvårdcentral.
- Jag väljer att i första hand vända mig till den valda vårdcentral vid behov av hälso- och sjukvård som inte är sjukhusvård.
- Jag godkänner att den valda vårdenheten får min hälso- och sjukvårdspeng, en summa som landstinget årligen avsätter för sörmlänningarnas hälso- och sjukvård.
- Jag har möjlighet att välja om 4 gånger per år.
- Hälsovalet gäller endast de vårdenheter som är godkända och ingår i Hälsoval Sörmland.
- Jag kan välja att gå hos en privat läkare och sjukgymnast utanför Hälsoval.
- För barn/ungdom under 18 år krävs målsmans underskrift.
- Valet är endast giltigt om underskrift och datum är ifyllt.

Blanketten lämnas till vald vårdcentral.