

أريد أن أختار مركزاً صحياً بشكل فعال.

 لقد أخترت مركزاً صحياً ولكني أريد أن أختار الطبيب.

أريد أن أختار المركز الصحي التالي

أريد أن أختار الطبيب التالي ( فقط إذا كان المركز الصحي يعرض ذلك )

الاسم: \_\_\_\_\_

الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

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.

أريد أن أختار الطبيب التالي (فقط إذا كان المركز الصحي يعرض ذلك)

أنا/نحن حامل 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 للرعابة 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](http://www.1177.se/Blekinge)