

أريد أن اختار مركزاً صحياً بشكل فعال.

لقد أختارت مركزاً صحياً ولكنني أرحب باختيار الطبيب.

أريد أن أختار المركز الصحي التالي

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

الاسم:

الرقم الشخصي:

رقم التلفون:

المنطقة والتاريخ:

التوقيع:

ملاحظة! يملأ الجزء أدناه من قبلك/قبلكم بأعتبارك حامل حق الحضانة. تخص الأطفال إلى عمر 16 سنة.

يشمل اختياري اعلاه طفلي/أطفالى بأعتباري ولدي امرهم/حامل حق الحضانة.

طفلي/أطفالى الذين أنا ولدي امرهم/حامل حق الحضانة يختارون المركز الصحي التالي.

أرغب بالطبيب التالي (فقط إذا كان المركز الصحي يعرض ذلك)

أنا/نحن حاملي حق الحضانة للأطفال: (يجب أن يوقع كلاً من حاملي حق الحضانة في حالة الحضانة المشتركة)

اسم الطفل/الاطفال:

الرقم الشخصي للطفل/ الاطفال:

المنطقة والتاريخ:

التوقيع:

التوقيع:

أتفق على أن تطلب نشرة المريض الخاصة بي من المركز الصحي السابق في حالة تغيير المركز الصحي ضمن بلينكنكا.

في حالة انتقالى إلى بلينكنكا، أتفق على أن تطلب نسخة من نشرة المريض الخاصة بي من المركز الصحي السابق إذا كان ذلك ضرورياً للرعاية الصحية. (أذكر لطفاً من أي مركز صحي يمكننا طلب نشرة المريض)

لاتشمل هذه الموافقة النظام الموحد لنشرة المريض.

سلم أو ارسل أستمارتك بالبريد إلى المركز الطبي الذي اخترتـه. ستخزن البيانات التي ارسلتها في نظام خاص لتسجيل المعلومات يستعمل لادارة اختيار المراكز الصحية. تطبق مقاطعة بلينكنكا النظام الموحد لنشرة المريض. اقرأ المزيد في www.1177.se/Blekinge