

- ŽELIM SAM IZABRATI DOM ZDRAVLJA
 VEĆ SAM RANIJE IZABRAO DOM ZDRAVLJA ALI SADA
 ŽELIM IZABRATI LIJEČNIKA

Želim izabrati sljedeći dom zdravlja:

Biram sljedećeg liječnika (*jedino u domovima zdravlja koji to predviđaju*):

Ime i prezime: _____

Matični broj: _____

Telefon: _____

Mjesto i datum: _____

Potpis: _____

NAPOMENA! Niže navedeno popunjava(ju) vršitelj (vršitelji) roditeljskog prava. Važi za djecu do 16 godina starosti.

- Gornji izbor odnosi se također i na dijete nad kojim sam ja vršitelj roditeljskog prava.
 Dijete/djeca nad kojima sam ja vršitelj roditeljskog prava biraju sljedeći dom zdravlja:

Biram sljedećeg liječnika (*jedino u domovima zdravlja koji to predviđaju*):

Ja sam/Mi smo vršitelj(i) roditeljskog prava nad (*ako su oba roditelja vršitelji roditeljskog prava, potreban je potpis oba vršitelja roditeljskog prava*):

Ime djeteta (djece): _____

Matični broj djeteta (djece): _____

Mjesto i datum: _____

Potpis: _____

Potpis: _____

Ja, koji sam izabrao novi dom zdravlja u srezu Blekinge, dajem svoju suglasnost da se kopije zdravstvenog kartona mogu pribaviti od prijetodnih pružaoac zdravstvene zaštite.

Ja, koji sam se doselio u srez Blekinge, dajem svoju suglasnost da se kopije zdravstvenog kartona mogu zatražiti od prijetodnih pružaoac zdravstvene zaštite, ako je to potrebno za moju zdravstvenu zaštitu. Zamoljavamo te da navedeš od kojih pružaoac zdravstvene zaštite se to može zatražiti:

Ova suglasnost ne važi za sistem vezanog vođenja zdravstvenih kartona na državnom nivou.

Pošalji poštom ili predaj osobno prijavu izbora doma zdravlja. Navedeni osobni podaci pohranjuju se u kompjuterskoj bazi podataka koja se koristi u svrhu administriranja izbora doma zdravlja. Medjuopćinska zajednica Blekinge primjenjuje sistem vezanog vođenja zdravstvenih kartona. Za više informacija vidi www.1177.se/Blekinge.