

- Я ХОЧУ ПРИНЯТЬ АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ В ВЫБОРЕ ПОЛИКЛИНИКИ
 Я УЖЕ ВЫБРАЛ(А) ПОЛИКЛИНИКУ И ХОЧУ ВЫБРАТЬ ВРАЧА

Я выбираю следующую поликлинику:

Я хотел(а) бы выбрать следующего врача (*только если поликлиника предлагает вам сделать такой выбор*):

Фамилия, имя:

№ удостоверения личности:

Телефон:

Место и дата:

Подпись:

Внимание! Нижеследующие пункты заполняются в том случае, если вы являетесь законным представителем несовершеннолетних. Это касается детей в возрасте до 16 лет.

- Я выбираю для ребенка/детей поликлинику, указанную мной выше.
 Ребенок/дети, законным представителем которого/которых я являюсь, выбирают следующую поликлинику:

Я хотел(а) бы выбрать следующего врача (*если поликлиника предлагает вам сделать такой выбор*):

Я/мы являюсь/являемся законным представителем/законными представителями (*если у вас совместная опека, то расписаться должны оба законных представителя*):

№ удостоверения личности ребёнка/детей:

- Я меню поликлинику в пределах Блекинге и даю свое согласие на то, чтобы копии моей медицинской карты были переданы из моей предыдущей поликлиники.
 Я недавно переехал в Блекинге и даю свое согласие на то, чтобы копии моей медицинской карты были запрошены из моей предыдущей поликлиники, если это будет необходимо для предоставления медицинской помощи. Укажите, пожалуйста, откуда можно запросить копию вашей медицинской карты.

Это согласие не распространяется на общенациональную базу данных медицинских карт.

Пожалуйста или принесите заполненный бланк в выбранную вами поликлинику. Указанные вами личные данные будут сохранены в базе данных, где регистрируется выбор поликлиник. В Блекинге применяется система общего доступа к базе данных медицинских карт. Дополнительную информацию можно найти по ссылке: www.1177.se/Blekinge.