

## Formular

## për zgjedhjen e njësisë së kujdesit shëndetësor



Emri
Adresa
Kodi postar, qyteti
Numri personal i identifikimit

Numri i telefonit dhe informacione të tjera

*Të dhënat tuaja do të trajtohen në përputhje me ligjin për të Dhënat Personale. Kontrolluesi i të dhënave personale është Bordi Rajonal.*

### Unë zgjedh njësinë e kujdesit:

Vini Re Emri i plotë i njësisë së kujdesit, vendndodhja

*Zgjedhja juaj e njësisë do të përdoret deri në një njoftim të dytë ose derisa të zgjidhni një njësi të re të kujdesit.*

**E kam lexuar “Cilat zgjedhje të kujdesit janë për mua” dhe i kam pranuar kushtet (shihni anën tjetër).**

### E nënshkruar

Data	Nënshkrimi	Emri me shkronja të mëdha shtypi:
	Nënshkrimi	Emri me shkronja të mëdha shtypi:

*Të nënshkruhet nga prindi ose kujdestari i fëmijës nën 18 vjeç. Në rastet e kujdestarive të përbashkëta është i nevojshëm nënshkrimi nga të dyja palët.*

Nëse keni pyetje për zgjedhjen e kujdesit, kontaktoni me njësinë e kujdesit të zgjedhur ose me Shërbimin e Vårdval.

Telefoni: 0771-900 300, e-mail: vardvalsservice@regionhalland.se

**Formulari për zgjedhjen duhet të jepet dorazi ose të dërgohet me postë në njësinë e kujdesit që keni zgjedhur.**

### Shënime për njësinë e kujdesit

Data kur banori pranoi	
Data dhe nënshkrimi	Kodi i njësisë së kujdesit

# **Zgjedhja e njësisë së kujdesit sipas Vårdval Halland**

## **Cilat zgjedhje të kujdesit janë për mua**

Si banor i Halland unë zgjedh njësinë e kujdesit, të drejtuar privatisht apo të drejtuar nga Rajoni i Halland, që ka detyrën të më ofrojë kujdes shëndetësor dhe mjekësor që nuk është kujdes spitalor. Nëpërmjet zgjedhjes sime unë bëj një marrëveshje me njësinë e kujdesit dhe lejoj që të përdoren të dhënat e mia personale për të siguruar kujdes konsekuent dhe të sigurt. Njësia e kujdesit që është zgjedhur do të njoftohet në mënyrë të vazhdueshme për takime të tjera brenda kuadrit të Vårdval Halland.

## **Pjesa ime e marrëveshjes**

Unë marr përsipër që t'i drejtohem fillimisht njësisë së kujdesit të zgjedhur. I lejoj asaj që të marrë paratë e kujdesit tim shëndetësor dhe mjekësor, një shumë që rajoni çdo vit e vë mënjane për të paguar koston e kujdesit shëndetësor dhe mjekësor për çdo banor.

## **Pjesa e marrëveshjes së njësisë së kujdesit**

Njësia e kujdesit duhet të jetë në gjendje që të më ofrojë kujdes sa më shpejt që të jetë e mundur dhe jo më vonë se tre muaj nga data në të cilën unë nënshkruaj dhe dërgoj formularin tim të zgjedhjes. Njësia e kujdesit do të më ofrojë mua kujdesin shëndetësor dhe mjekësor për të cilin kam nevojë, duke ndjekur vlerësimet mjekësore të nevojave të mia. Unë do të jem në gjendje që t'i kontaktoj shpejt ata për këshilla dhe trajtim. Njësia e kujdesit do të jetë në përputhje me garantimin e kujdesit.

## **Ndërrimi i njësive të kujdesit**

Njësitë e kujdesit prej të cilave unë mund të zgjedh janë kontrolluar dhe miratuar nga Rajoni i Halland. Ato veprojnë në përputhje me legjislacionin e rregulloret dhe ofrojnë kujdes të sigurt dhe me cilësi të lartë.

Lista e njësive të miratuara të kujdesit shfaqet gjithmonë në faqen e internetit të rajonit: [www.regionhalland.se/varldval](http://www.regionhalland.se/varldval). Lista mund të merret nga shërbimi i Vårdval: telefon 0771-900 300, me e-mail: [vardvalsservice@regionhalland.se](mailto:vardvalsservice@regionhalland.se), ose nga njësitë e miratuara të kujdesit.

**Formulari i zgjedhjes është në anën tjetër.**