

แบบฟอร์ม ที่ใช้ในการเลือกหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพ



ชื่อ

ที่อยู่

รหัสไปรษณีย์ เมือง

เลขรหัสประจำตัว

หมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลอื่น ๆ

*รายละเอียดของคุณจะได้รับการดูแลภายใต้กฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนตัวนี้คือคณะกรรมการประจำภูมิภาค*

ข้าพเจ้าเลือกหน่วยงานให้บริการ

หมายเหตุ ชื่อเต็มของหน่วยงานให้บริการ ที่อยู่

หน่วยงานให้บริการของคุณจะมีผลจนกว่าจะมีการแจ้งให้ทราบเป็นอย่างอื่นหรือจนกว่าคุณจะเลือกหน่วยงานให้บริการใหม่

**ข้าพเจ้าได้พิจารณา "ทางเลือกในการให้บริการต่าง ๆ สำหรับตนเองแล้ว"
และยอมรับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง (ดูด้านหลัง)**

ลงนาม

| | | |
|--------|------------|--------------|
| วันที่ | ลายมือชื่อ | ชื่อตัวบรรจง |
| | ลายมือชื่อ | ชื่อตัวบรรจง |

*ลงชื่อโดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองของผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 18 ปี ในกรณีที่ไม่มีสิทธิ์ปกครองร่วม ให้ลงชื่อโดยทั้งสองฝ่าย
ในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแล ให้ติดต่อหน่วยงานให้การดูแลที่เลือกหรือ
Vårdval Service*

โทรศัพท์: 0771-900 300 อีเมล: vardvalsservice@regionhalland.se

แบบฟอร์มการเลือกรับบริการให้ส่งด้วยตัวเองหรือทางไปรษณีย์กับหน่วยงานให้บริการที่เลือก

หมายเหตุของหน่วยงานให้บริการ

วันที่รับเข้า



การเลือกหน่วยงานให้บริการภายใต้ Vårdval Halland

ข้าพเจ้ามีทางเลือกในการรับบริการใดบ้าง

ในฐานะผู้พำนักใน Halland

ข้าพเจ้าเลือกหน่วยงานให้บริการเอกสารหรือที่กำกับดูแลโดย Region Halland

เพื่อดูแลด้านสุขภาพและการแพทย์ของข้าพเจ้านอกเหนือจากโรงพยาบาล

หลังจากเลือกสถานบริการถือว่าข้าพเจ้าได้ทำข้อตกลงกับหน่วยงานให้บริการดังกล่าว และให้อนุญาตแก่หน่วยงานในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของตนเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย หน่วยงานให้บริการที่เลือกจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับสิทธิ์ต่าง ๆ ภายใต้ Vårdval Halland อย่างต่อเนื่อง

ส่วนข้อตกลงของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีรับบริการจากหน่วยงานให้บริการที่ตนเองเลือก

ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานดังกล่าวรับเงินสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์และสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นจำนวนที่เขตพื้นที่กำหนดต่อปีเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการแพทย์สำหรับผู้อาศัยแต่ละราย

ส่วนข้อตกลงของหน่วยงานให้บริการ

หน่วยงานให้บริการจะต้องสามารถให้บริการแก่ข้าพเจ้าในทันทีและไม่เกินสามเดือนนับจากวันที่ที่ลงนามและส่งแบบฟอร์มเลือกหน่วยงานให้บริการ

หน่วยงานให้บริการจะดูแลด้านสุขภาพของข้าพเจ้าตามความเหมาะสมหลังมีการประเมินทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าแล้ว

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อหน่วยงานเหล่านี้เพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือด้านการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

หน่วยงานให้บริการจะปฏิบัติตามการรับประกันการให้บริการที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนหน่วยงานให้บริการ

หน่วยงานให้บริการที่ข้าพเจ้าสามารถเลือกได้ผ่านการตรวจสอบและรับรองแล้วโดย Region Halland โดยหน่วยงานเหล่านี้อยู่ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และมีมาตรฐานการให้บริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูง

รายการหน่วยงานให้บริการที่ได้รับการรับรองจะมีแจ้งไว้ทางเว็บไซต์ของเขตพื้นที่ที่ www.regionhalland.se/vardval ขอรับรายชื่อสถานบริการได้จาก Vårdval Service ที่หมายเลข

0771-900 300 หรือทางอีเมลที่ vardvalsservice@regionhalland.se

หรือจากหน่วยงานให้บริการที่ได้รับการรับรอง

แบบฟอร์มการเลือกรับบริการอยู่ด้านหลัง