

Val av vårdenhet

(En blankett per individ)

Jag väljer vårdenheten: _____

Jag väljer läkare: _____

Val av läkare är endast möjligt om vårdenheten erbjuder detta.

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Ort: _____ Datum: _____

Underskrift: _____

Om valet gäller barn eller ungdom under 18 år ska informationen ovan fyllas i, men underskrift sker istället här nedan av samtliga vårdnadshavare. (Vid delad vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under)

Underskrift vårdnadshavare:

Posta eller lämna in blanketten till den vårdenhet du har valt. Du kan endast välja mellan de hälsocentraler och läkarmottagningar som ingår i Hälsoval Kalmar län. Läs mer om val av vårdenhet på 1177.se. De personuppgifter du lämnar kommer att lagras i det dataregister som används för att administrera val av vårdenhet.