

# Val/byte av barnmorskemottagning

## إختيار/تغيير عيادة قابلة

أختار/أريد التغيير إلى **Jag väljer/önskar byta till**

Mottagningens namn och ort إسم العيادة و المدينة
Föregående mottagning العيادة السابقة

**Dina uppgifter بياناتك**

Personnummer (12 siffror) الرقم الشخصي (12 رقما)	Namn الإسم
Telefon dagtid رقم الهاتف صباحا	Adress العنوان
	E-post البريد الإلكتروني
	Datum och namnunderskrift التاريخ و التوقيع

När började din senaste mens? Ange år, månad och dag.  
متى بدأت آخر دورة شهرية؟ أذكرني السنة و الشهر و اليوم

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig) بيانات ولي الأمر (بالنسبة لغير الراشدين)**

Personnummer (12 siffror) الرقم الشخصي (12 رقما)	Namn الإسم
Telefon dagtid رقم الهاتف صباحا	Adress العنوان
	E-post البريد الإلكتروني
	Datum och namnunderskrift التاريخ و التوقيع

### Blanketten lämnas eller skickas till vald barnmorskemottagning.

Datum och underskrift måste finnas för att valet ska vara giltigt. Dina uppgifter kommer att lagras i ett dataregister avsett för att administrera val av barnmorskemottagningar.

Jag medger att min nya barnmorskemottagning beställer journalkopior från tidigare barnmorskemottagning, i samband med bytet.

**الرجاء تسليم أو إرسال الإستمارة إلى عيادة القابلة التي وقع عليها الإختيار.**  
يجب أن يكون التاريخ و التوقيع موجودين لكي يصبح الإختيار صالحا.  
سيتم تخزين بياناتك في سجل بيانات مخصصة لإدارة إختيار عيادات القابلة

أوافق على قيام عيادة القابلة الجديدة بطلب الحصول على صور من الملف الطبي من عيادة القابلة السابقة بالتزامن مع عملية التغيير.

Mer information finns på [www.1177.se/skane/halso-vardval](http://www.1177.se/skane/halso-vardval).  
توجد المزيد من المعلومات على [www.1177.se/skane/halso-vardval](http://www.1177.se/skane/halso-vardval)