

**Jag väljer/önskar byta till
Biram/želim da promenim u**

Mottagningens namn och ort Naziv i mesto odeljenja
Föregående mottagning Prethodno odeljenje

**Dina uppgifter
Vaši podaci**

Namn Ime	Personnummer (12 siffror) Matični broj (12 cifara)
Adress Adresa	Telefon dagtid Telefon u toku dana
E-post E-mail	
Datum och namnunderskrift Datum i potpis	

När började din senaste mens? Ange år, månad och dag.
Kada je počela vaša poslednja menstruacija? Navedite godinu, mesec i dan.

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

**Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig)
Podaci o staratelju (za maloletne)**

Namn Ime	Personnummer (12 siffror) Matični broj (12 cifara)
Adress Adresa	Telefon dagtid Telefon u toku dana
E-post E-mail	
Datum och namnunderskrift Datum i potpis	

**Blanketten lämnas eller skickas till vald barnmorskemottagning.
Obrazac se predaje ili šalje izabranom akušerskom odeljenju.**

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.

Izbor važi samo ako obrazac sadrži datum i potpis. Vaši podaci će biti zavedeni u registru podataka u cilju administriranja izbora akušerskog odeljenja.

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

Dozvoljavam da moje novo akušersko odeljenje poruči kopiju kartona od prethodnog akušerskog odeljenja.

Mer information finns på www.1177.se/skane/halso-vardval.

Više informacija pronaći ćete na www.1177.se/skane/halso-vardval