

Val/byte av barnmorskemottagning

Choosing/changing an antenatal clinic

Jag väljer/önskar byta till **I choose/wish to change to**

Mottagningens namn och ort Name and location of antenatal clinic
Föregående mottagning Previous antenatal clinic

Dina uppgifter Your information

Namn Name	Personnummer (12 siffror) Personal ID number (12 digits)
Adress Address	Telefon dagtid Daytime telephone
E-post E-mail	
Datum och namnunderskrift Date and signature	

När började din senaste mens? Ange år, månad och dag.
When did your last period begin? State year, month and day.

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

Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig) Information about parent or guardian (for minors)

Namn Name	Personnummer (12 siffror) Personal ID number (12 digits)
Adress Address	Telefon dagtid Daytime telephone
E-post E-mail	
Datum och namnunderskrift Date and signature	

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.

Send or take this form to your chosen antenatal clinic.

To be valid, it must be dated and signed. Your information will be stored in a data register that is used to administer the choice of antenatal clinic.

I give consent for my new antenatal clinic to order copies of my medical records from previous clinics, as part of the change-over.

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

For more information, visit www.1177.se/skane/halso-vardval