

Val/byte av barnmorskemottagning

انتخاب/ تعویض مطب مامائی

انتخاب/ تعویض من بشرح زیر است Jag väljer/önskar byta till

Mottagningens namn och ort نام مطب مامائی و نام شهر
Föregående mottagning مطب مامائی قبلی

مشخصات شما Dina uppgifter

Personnummer (12 siffror) شماره شناسائی فردی (12 رقم)	Namn نام
Telefon dagtid تلفن اوقات روز	Adress آدرس
	E-post ایمیل
Datum och namnunderskrift تاریخ و امضاء	

När började din senaste mens? Ange år, månad och dag.

در چه تاریخی آخرین عادت ماهانه شما (پریود) شروع شد؟

سال، ماه و روز آنرا بنویسید

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

مشخصات ولی/ سرپرست (برای افراد نابالغ) Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig)

Personnummer (12 siffror) شماره شناسائی فردی (12 رقم)	Namn نام
Telefon dagtid تلفن اوقات روز	Adress آدرس
	E-post ایمیل
Datum och namnunderskrift تاریخ و امضاء	

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.

این برگه باید به مطب مامائی که شما انتخاب کرده اید، تحویل داده یا ارسال شود.

برای آنکه انتخاب معتبر تلقی شود باید تاریخ و امضاء وجود داشته باشد. مشخصات شما در یک بایگانی اطلاعات رایانه ای برای انجام امور انتخاب مراکز مامائی ثبت می شود.

من اجازه می دهم که در رابطه با تعویض، مطب مامائی جنید من فتوکپی پرونده پزشکی مرا از مطب مامائی قبلی درخواست کند.

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

اطلاعات بیشتر در وبسایت www.1177.se/skane/halso-varldval وجود دارد.