

## Val/byte av barnmorskemottagning

## Escoger/Cambiar de ambulatorio de maternidad

### Jag väljer/önskar byta till / Yo elijo/deseo cambiar a

Mottagningens namn och ort / Nombre y lugar del ambulatorio
Föregående mottagning / Ambulatorio anterior

### Dina uppgifter / Sus datos

Namn / Nombre	Personnummer (12 siffror) Número de identidad (12 cifras)
Adress / Dirección	Telefon dagtid / Teléfono diurno
E-post / Correo electrónico	
Fecha y firma / Datum och namnunderskrift	

När började din senaste mens? Ange år, månad och dag. / ¿Cuándo tuvo su último periodo? Indique año, mes y día.

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

### Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig) / Datos titular de custodia (para menores de edad)

Namn / Nombre	Personnummer (12 siffror) Número de identidad (12 cifras)
Adress / Dirección	Telefon dagtid / Teléfono diurno
E-post / Correo electrónico	
Datum och namnunderskrift / Fecha y firma	

### 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.

### El formulario debe ser entregado o enviado al ambulatorio de maternidad de su elección.

Debe incluir fecha y firma para que la elección tenga validez. Sus datos serán almacenados en un registro de datos para administración de elecciones de ambulatorio de maternidad.

Yo autorizo a mi nuevo ambulatorio de maternidad para solicitar al ambulatorio de maternidad anterior copias de la historia clínica al realizar el cambio.

Mer information finns på [www.1177.se/skane/halso-vardval](http://www.1177.se/skane/halso-vardval).

Más información en [www.1177.se/skane/halso-vardval](http://www.1177.se/skane/halso-vardval).