

## Val/byte av barnmorskemottagning

### Jag väljer/önskar byta till

Mottagningens namn och ort
Föregående mottagning

### Dina uppgifter

Namn	Personnummer (12 siffror)
Adress	Telefon dagtid
E-post	
Datum och namnunderskrift	

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

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

### Uppgifter om vårdnadshavare (för omyndig)

Namn	Personnummer (12 siffror)
Adress	Telefon dagtid
E-post	
Datum och namnunderskrift	

### 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 får tillgång till min journal från min tidigare barnmorskemottagning.

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