

Hälsovalsblankett för val av vårdcentral Hälsöval Sörmland

Jag väljer/önskar byta till

Vårdcentral

Namn	Personnummer (12 siffror)
-------------	----------------------------------

Gatuadress (enl. folkbokföring)	Postadress (enl. folkbokföring)
--	--

Datum	<u>Namnunderskrift</u>	Telefon dagtid
Datum	<u>Namnunderskrift</u>	Telefon dagtid

Detta innebär Hälsövalet för dig:

- **OBS!** När jag väljer vårdcentral för mitt barn, väljer jag även barnvårdscentral.
- Jag väljer att i första hand vända mig till den valda vårdcentral vid behov av hälso- och sjukvård som inte är sjukhusvård.
- Jag godkänner att den valda vårdenheten får min hälso- och sjukvårdspeng.
- För barn/ungdom under 18 år krävs vårdnadshavares underskrift. Vid delad vårdnad krävs båda vårdnadshavares underskrifter.
- Valet är endast giltigt om underskrift och datum är ifyllt av personen det gäller/målsman.

Blanketten lämnas/sänds till vald vårdcentral