

Val av vårdcentral Hälsoval Sörmland

اختيار مركز الرعاية الصحية - الاختيار الصحي في
سورملاند

Jag väljer/önskar byta till
أختار/أرغب التغيير إلى

Vårdcentral مركز الرعاية الصحية

Namn (الاسم)	Personnummer (12 siffror) رقم 12 الشخصي
---------------------	--

Gatuadress (enl. folkbokföring) (التسجيل المدني) اسم الشارع	Postadress (enl. folkbokföring) العنوان البريدي
--	--

Jag önskar sms-påminnelse för bokad tid
أريد الحصول على رسالة نصية تذكيرية عند حجز موعد Ja/نعم Nej/لا

Påminnelse ska sändas till mobiltelefonnummer: أريد الحصول على تذكير إلى رقم الهاتف الجوال:

Mobilnumret tillhör (namn): اسم صاحب الجوال:

Datum/التاريخ	Namnunderskrift/التوقيع	Telefon dagtid/رقم الهاتف في النهار
Datum/التاريخ	Namnunderskrift/التوقيع	Telefon dagtid/رقم الهاتف في النهار

هذا ما يعنيه الاختيار الصحي بالنسبة لك:

- ملاحظة! عندما أختار مركز رعاية صحية لطفلي، أختار أيضًا مركز رعاية الطفولة.
- أختار الاتصال بمركز الرعاية الصحية الذي اخترته بصورة أولية في حال الحاجة إلى رعاية صحية وطبية، غير الرعاية في المستشفى.
- أوافق على أن يحصل مركز الرعاية الصحية الذي اخترته على النقدية الخاصة بي المتعلقة بالرعاية الصحية والطبية.
- يتطلب توقيع أولياء الأمور إذا كان الطفل/اليافع عمره أقل من 18 سنة. في حال تقاسم الحضانة يتطلب أن يوقع كلا الحاضنين.
- الاختيار صالح المفعول فقط إذا تم التوقيع وتعبئة التاريخ من قبل الشخص المعني/ولي الأمر.

يجب إعطاء/إرسال الاستمارة إلى مركز الرعاية الصحية الذي اخترته.