

## Val av vårdcentral Hälsoval Sörmland

### Terveyskeskuksen valinta, Hälsoval Sörmland (Sörmlandin Terveysvalinta)

Jag väljer/önskar byta till

Valitsen seuraavan terveyskeskuksen/haluan vaihtaa seuraavaan terveyskeskukseen

**Vårdcentral**  
**Terveyskeskus**

<b>Namn</b> <b>Nimi</b>	<b>Personnummer</b> (12 siffror) <b>Henkilönumero</b> (12 numeroa)
----------------------------	---

<b>Gatuadress</b> (enligt folkbokföring) <b>Katuosoite</b> (väestökirjanpidon mukainen)	<b>Postadress</b> (enligt folkbokföringen) <b>Postiosoite</b> (väestökirjanpidon mukainen)
--	---

Jag önskar sms-påminnelse för bokad tid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Påminnelse ska sändas till mobiltelefonnummer: Mobilnumret tillhör (namn):		
Haluan saada SMS-muistutuksen varatusta ajasta.	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Muistutus tulee lähettää kännykkänumeroon: Kännykkänumero kuuluu henkilölle (nimi):		

<b>Datum</b> <b>Päiväys</b>	<b><u>Namnunderskrift</u></b> <b><u>Allekirjoitus</u></b>	<b>Telefon dagtid</b> <b>Puhelin päiväsaikaan</b>
--------------------------------	--	--

<b>Datum</b> <b>Päiväys</b>	<b><u>Namnunderskrift</u></b> <b><u>Allekirjoitus</u></b>	<b>Telefon dagtid</b> <b>Puhelin päiväsaikaan</b>
--------------------------------	--	--

### **Terveysvalinta merkitsee sinulle seuraavaa:**

- **HUOM!** Kun valitsen terveyskeskuksen lapselleni, valitsen samalla myös lastenneuvolan.
- Päätän ensisijaisesti ottaa yhteyttä valitsemaani terveyskeskukseen tarvitessani terveyden- tai sairaanhoitoa, joka ei ole sairaalahoitoa.
- Hyväksyn, että valitsemani hoitoyksikkö saa terveyden- ja sairaanhoitorahani.
  
- Alle 18-vuotiailta lapsilta/nuorilta vaaditaan huoltajan allekirjoitus. Yhteishuoltajuuden yhteydessä vaaditaan molempien huoltajien allekirjoitus.
- Valinta tulee voimaan ainoastaan silloin kun asianomainen henkilö tai huoltaja on kirjoittanut allekirjoituksen ja päiväyksen.

**Lomake tulee jättää tai lähettää valittuun terveyskeskukseen.**