

1. HENKILÖ- TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Kotikunta	
2. TERVEYS- ASEMAA VAIHTAVAT ALA- IKÄISET LAPSET	Lapsen nimi	Henkilötunnus
	Lapsen nimi	Henkilötunnus
	Lapsen nimi	Henkilötunnus
	Lapsen nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka	
	Äidin ja isän tai huoltajien nimi/nimet	Puhelin
3. HOIDOSTA VASTAAVA TERVEYS- ASEMA	Nykyinen hoidosta vastaava terveysasema	Uusi hoidosta vastaava terveysasema
Olen tutustunut alla olevaan terveysasemavaihdon ohjeistukseen.		
Paikka ja aika		Allekirjoitus
Terveysasema täyttää: hakemuksen vastaanotto-päivämäärä ja vastaanottaja*		

Hyvä potilas

Olette ilmoittanut terveysaseman valinnasta. Ohessa tietoa niistä vaikutuksista, joita terveysaseman vaihto aiheuttaa hoitojärjestelyihinne.

Vaihto on henkilökohtainen. Poikkeuksena ovat perheen alaikäiset lapset. Voitte lisätä terveysasemaa vaihtavien lasten nimet ja henkilötunnukset niille varattuun kohtaan. Alaikäisten lasten osalta tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

Teidät merkitään valitsemanne terveysaseman potilaaksi viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saa-pumisesta. Terveysasemapalvelujen lisäksi valintanne

koskee samalla myös neuvolapalveluja, hammashoitoa, hoitotarvikejakelua, kuntoutuspalveluita ja lyhytaikaista hoitoa terveyskeskussairaalaissa. Pitkäaikainen laitoshoido ja kotisairaanhoido järjestetään asuinkunnassa. Jos muutatte asuinkuntaa, ilmoittakaa uusi osoite myös valitsemaillenne terveysasemalle.

Ilmoituksenne on sitova ja voimassa toistaiseksi. Voitte tehdä uuden terveysasemavalinnan aikaisintaan vuoden kuluttua.

Täyttäkää tämä lomake kahtena kappaleena. Lähettäkää toinen lomake nykyiselle terveysasemallenne ja toinen uudelle valitsemaillenne terveysasemalle.

\* Kopio lomakkeesta lähetetään Jaana Vilkkurille, Koulukatu 2, Harjavalta.