



Täydentäkää lomakkeelle tietonne / huollettavan tiedot. Tulostakaa ja allekirjoittakaa kaksi lomaketta. Viekää tai postittakaa toinen lomake siihen toimipisteeseen, johon hoitovastuunne siirtyy. Terveysaseman / toimipisteen vaihto toteutetaan kolmen viikon kuluessa. Terveysasemaa / toimipistettä voi vaihtaa korkeintaan kerran vuodessa.

Asiakkaan tiedot

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Osoite _____

Kotikunta _____

Puhelin _____ (koti) _____ (työ)

1. Terveysasema / toimipiste, jonka palveluja nyt käytätte

1. Terveysasema / toimipiste, johon haluatte hoitovastuunne siirtyvän

Syy terveysaseman / toimipisteen vaihtoon (ei pakollinen)

Päiväys ____ / ____ 20____

Asiakkaan / huoltajan allekirjoitus

Nimen selvennys ja asianosaisuusasema

Lomake vastaanotettu ____ / ____ 20____

Terveysasema vaihdettu ____ / ____ 20____