

Ilmoitus perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan vaihtamisesta

Tulosta ja täytä tämä lomake kahtena kappaleena. Toimita toinen kappale sille terveysasemalle, jonka asiakas olet nyt, ja toinen uuden asiointikunnan terveysasemalle. Täytä erillinen lomake jokaisesta terveysasemaa vaihtavasta perheenjäsenestä.

Voit ryhtyä käyttämään uuden terveysaseman palveluja kolmen viikon kuluttua siitä, kun olet jättänyt ilmoituksen uudelle terveysasemalle. Jos lähetät ilmoitukset postitse, voit ryhtyä käyttämään uuden terveysaseman palveluja neljän viikon kuluttua postituspäivästä

Kun valitset uuden terveysaseman muualta kuin kotikunnastasi, myös hammashoito, neuvola, kuntoutus, päihde- ja mielenterveyspalvelut sekä lyhytaikainen vuodeosastohoito siirtyvät uuteen kuntaan. Muutos ei koske koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa, joka määräytyy opiskelupaikan mukaan. Pitkäaikainen laitoshoido ja kotisairaanhoido järjestetään asuinkunnassasi.

Voit vaihtaa terveysasemaa uudelleen aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Sukunimi _____ Etunimet _____

Henkilötunnus _____ Puhelin _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Sähköpostiosoite _____

Nykyinen hoidosta vastaava kunta _____

Nykyinen hoidosta vastaava terveysasema _____

Uusi hoidosta vastaava kunta _____

Uusi hoidosta vastaava terveysasema _____

Lisätietoja _____

ALLEKIRJOITUS (alaikäisen lapsen ilmoitukseen tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus)

Paikka ja päiväys _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Allekirjoitus ja nimen selvennys