

Tätä lomaketta käytetään kun kotikunta on muu kuin Helsinki.

1) HENKILÖTIEDOT PERSON- UPPGIFTER	Nimi - Namn	Henkilötunnus - Personbeteckning
	Lähiosoite, postinumero ja toimipaikka - Näradress, postnummer och postanstalt	Puhelin - Telefon
	Kotikunta – Hemkommun	
2) TERVEYS- ASEMAA VAIHTAVAT ALAIKÄISET LAPSET MINDERÅRIGA BARN, SOM BYTER HÄLSO- STATION	Lapsen nimi - Barns namn	Henkilötunnus - Personbeteckning
	Lähiosoite, postinumero ja toimipaikka - Näradress, postnummer och postanstalt	
	Äidin ja isän tai huoltajien nimi/nimet - Namn på mor och far eller vårdnadshavare	Puhelin - Telefon
3) HOIDOSTA VAS- TAAVA KUNTA JA TERVEYSASEMA KOMMUN OCH HÄLSOSTATION SOM ANSVARAR FÖR VÄRDEN	Nykyinen hoidosta vastaava kunta Kommun som för närvarande ansvarar för vården	Nykyinen hoidosta vastaava terveysasema Hälsostation som för närvarande ansvarar för vården
	Uusi hoidosta vastaava kunta *) Ny kommun ansvarig för vården *)	Uusi hoidosta vastaava terveysasema Ny hälsostation ansvarig för vården
Olen tutustunut alla olevaan terveysaseman vaihdon ohjeistukseen.		Jag har bekantat mig med de nedanstående anvisningarna för byte om hälsostation.
Paikka ja aika - Ort och datum	Allekirjoitus - Underskrift	
Päivämäärä jolloin vaihtohakemus on vastaanotettu - Datum då ansökan mottagits		

*) Täyttäkää tämä kohta vain, jos hoidosta vastaava kunta muuttuu. *) Fylls i endast om kommunen ansvarig för vården ändras.

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 lomakkeeseen kohtaan 2.

Teidät merkitään valitsemanne terveysaseman potilaaksi viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Terveysasemapalvelujen lisäksi valintanne koskee samalla myös neuvolapalveluja, hammashoitoa, hoitotarvikejakelua, kuntoutuspalveluita ja lyhytaikaista hoitoa terveyskeskussairaalassa.

Ilmoituksenne on sitova. Voitte tehdä uuden terveysasemavalinnan aikaisintaan vuoden kuluttua.

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

Bästa patient

Ni har meddelat om ert val av hälsostation. I det följande får ni information om följderna som bytet av hälsostation förorsakar.

Bytet är personligt med undantag av familjens minderåriga barn. Namnen och personbeteckningarna på de barn som byter hälsostation skrivs in på blankettens punkt 2.

Ni registreras som patient vid den hälsostation ni valt senast tre veckor efter att er anmälan mottagits.

Förutom hälsostationstjänster gäller ert val också rådgivningstjänster, tandvård, utdelning av vårdförnödenheter, rehabiliteringstjänster och korttidsvård på hälsocentralssjukhus.

Er anmälan är bindande. Ni kan byta hälsostation följande gång tidigast om ett år.

Fyll i blanketten i två exemplar. Sänd den ena till er nuvarande hälsostation och den andra till den nya hälsostationen ni valt.