



Varje familjemedlem som byter hälsovårdscentral ska fylla i en egen blankett.

ANMÄLAN**Efternamn****Alla förnamn****Personbeteckning****Telefonnummer****Näradress****Postnummer****Postanstalt****E-postadress****Nuvarande kommun som ansvarar för vården****Ny kommun som ansvarar för vården**

Valet omfattar hälsovårdscentralens tjänster i sin helhet, bl.a. hälsorådgivning och hälsoundersökningar, sjukvård, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering och rådgivningstjänster.

Valet gäller *inte* skolhälsovård, studerandehälsovård eller långvarig anstaltsvård.

Du kan välja hälsovårdscentral på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Ändringen träder i kraft **senast tre veckor** efter det att anmälan har lämnats in.

Först därefter är det möjligt att besöka den nya hälsovårdscentralen.

UNDERSKRIFT

(för minderårigt barn krävs underskrift av båda vårdnadshavarna)

Ort och datum**Underskrift och namnförtydligande****Ort och datum****Underskrift och namnförtydligande**



Täytetään erikseen jokaisesta terveyskeskusta vaihtavasta perheenjäsenestä.

ILMOITUS**Sukunimi****Etunimet****Henkilötunnus****Puhelin****Lähiosoite****Postinumero****Postitoimipaikka****Sähköpostiosoite****Nykyinen hoidosta vastaava kunta****Uusi hoidosta vastaava kunta**

Valinta käsittää terveyskeskuksen palvelut kokonaisuutena sisältäen mm. terveysneuvonnan ja terveystarkastukset, sairaanhoidon, suun terveydenhuollon, lääkinnällisen kuntoutuksen ja neuvolapalvelut. Valinta *ei* koske kouluterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidtoa.

Terveyskeskuksen uuden valinnan voit tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Muutos tulee voimaan **viimeistään kolmen viikon** kuluttua ilmoituksesta. Vasta tämän jälkeen asiointi uudessa terveyskeskuksessa on mahdollista.

ALLEKIRJOITUS

(alaikäisen lapsen ilmoitukseen tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitukset)

Paikka ja päiväys**Allekirjoitus ja nimen selvennys****Paikka ja päiväys****Allekirjoitus ja nimen selvennys**