

Val av familjeläkarmottagning

1. Personuppgifter

Personnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

Ex. 1 9 0 1 0 1 0 1 - 1 2 3 4

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

2. Val av familjeläkarmottagning

Ange önskad familjeläkarmottagning _____

(Förteckning över familjeläkarmottagningar finner du bl a i Landstingskatalogen eller på vår webbplats, www.ltv.se)

Jag är införstådd med att:

- mottagande familjeläkarmottagning lämnar information till mig när byte av familjeläkarmottagning är genomförd
- omlistningen till önskad familjeläkarmottagning omfattar besök hos familjeläkare, distrikt-sköterska, BVC, MVC, arbetsterapeut och kurator/psykolog
- jag kontaktar själv den nya familjeläkarmottagningen om en pågående behandling kräver omedelbara åtgärder från min nya familjeläkarmottagning.

Överföring av journal (välj ett av alternativen)

- jag **medger** att ovan önskade familjeläkarmottagning får hämta en kopia av min journal från den gamla familjeläkarmottagningen
- jag **medger inte** att ovan önskade familjeläkarmottagning får hämta en kopia av min journal från den gamla familjeläkarmottagningen

Blanketten skickar du till: Ekonomiservice, Vårdval, 721 53 Västerås

Datum

Namnteckning