



ILMOITUS TERVEYSKESKUKSEN/-ASEMAN VALINNASTA

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Nykyinen terveysasema _____

Uusi terveysasema _____

Syy terveysaseman vaihtoon

Terveysaseman sijainti

Pitkät jonot vastaanotoille

Muu, mikä: _____

Suostun samalla potilasasiakirjojen luovuttamiseen uudelle terveysasemalle.

Päiväys ja allekirjoitus _____

Terveysaseman vaihto toteutetaan kolmen viikon kuluessa.

Lomake vastaanotettu (pvm) _____

Terveysasema vaihdettu (pvm) _____

Hyvä potilas!

Olette ilmoittanut terveysaseman valinnasta. Ohessa tietoa niistä vaikutuksista, joita terveysaseman vaihto aiheuttaa hoitojärjestelyihinne.

- Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan. Ilmoituksenne on samalla sitova valintapäätös.

Uusi terveysaseman vaihto on mahdollinen aikaisintaan vuoden kuluttua.

- Vaihto on henkilökohtainen. Mikäli muut perheenjäsenet haluavat vaihtaa terveysasemaa, tulee jokaisesta tehdä oma ilmoitus.

- Teille järjestetään valitsemanne terveysaseman vastuualueen mukaisesti kaikki lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelut, äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolapalvelut, fysio- ja toimintaterapiapalvelut sekä puheterapiapalvelut.

Osa palveluista voidaan toteuttaa muussa toimipisteessä kuin ko. terveysasemalla.

Kirjoittakaa kohtaan 1) sen terveysaseman nimi, johon ilmoituksenne kohdistuu ja kohtaan 2) syy, miksi terveysaseman vaihtoon olette päättynyt.

Voitte tarvittaessa asioida vielä 3 viikon ajan ilmoituksen jättämisestä nykyisellä terveysasemalla.

Toimittakaa ilmoituslomake molempien terveysasemien vastaanotto toiminnasta vastaavalle.

Lisätietoja sekä lomakkeen palautus: Terveyspalveluiden palvelupäällikkö, Mäntänuoren Terveys Oy, Pakkaajankatu 18 D, 35800 MÄNTTÄ, puhelin 050 591 5720