

Val/byte av vårdcentral

Jag väljer/önskar byta till

| |
|-----------------------------|
| Vårdcentralens namn och ort |
| Föregående vårdcentral |

Dina uppgifter

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Namn | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Telefon dagtid |
| Datum och namnunderskrift | |

Uppgifter om vårdnadshavare 1

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Vårdnadshavares namn | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Telefon dagtid |
| E-post | |
| Datum och namnunderskrift | |

Uppgifter om vårdnadshavare 2

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Vårdnadshavares namn | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Telefon dagtid |
| E-post | |
| Datum och namnunderskrift | |

Blanketten lämnas eller skickas till vald vårdcentral.

Datum och underskrift måste finnas för att valet ska vara giltigt.

Dina uppgifter kommer att lagras i ett dataregister avsett för att administrera val av vårdcentraler.

Jag medger att min nya vårdcentral får tillgång till min journal från min tidigare vårdcentral.

Mer information finns på www.1177.se/skane/halso-vardval.