

TERVEYSKESKUKSEN VAIHTOILMOITUS (THL 48§)

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Nykyinen terveyskeskus _____

Uusi terveyskeskus _____

Syy terveyskeskuksen vaihtoon (vastaaminen vapaaehtoista)

terveyskeskuksen sijainti

pitkät jonot vastaanotoille

muu, mikä

Päiväys ja allekirjoitus _____

Henkilön on tehtävä kirjallinen ilmoitus valinnastaan sekä nykyiselle että tulevalle terveyskeskukselle. Sosteria koskeva allekirjoitettu ilmoituslomake lähetetään osoitteella (Huom! Rantasalmi ei ole enää osa Sosteria, joten sitä koskevissa asioissa yhteydenotto Rantasalmen terveysasemalle):

Savonlinnan Pääterveysasema
Vastaanotto/TK-vaihto
PL 111
57101 Savonlinna

Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Terveyskeskuksen vaihdon yhteydessä asiakkaan perusterveydenhuollon palvelut ja hoitovastuu siirtyvät uudelle terveyskeskukselle kolmen viikon kuluessa.

Lomake vastaanotettu pvm _____