

Etunimet ja sukunimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Nykyinen terveyskeskus/asema \_\_\_\_\_

Uusi terveyskeskus/asema \_\_\_\_\_

Potilastietojen siirto (rastita oikea vaihtoehto):

Ylöjärven kaupunki saa lähettää potilastietoni postitse uuteen terveyskeskukseen \_\_\_\_\_

Noudan potilastietoni ja toimitan ne itse uuteen terveyskeskukseen \_\_\_\_\_

Hoidon siirtymisestä Ylöjärvelle saa ilmoittaa minulle tekstiviestillä: Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Päiväys ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

Terveyskeskuksen/aseman vaihto toteutetaan kolmen viikon kuluessa. Vaihdoista tehdään kirjallinen ilmoitus sekä nykyiselle että tulevalle terveyskeskukselle/asemalle. Terveyskeskusta/asemaa voi vaihtaa korkeintaan kerran vuodessa.

Lomake vastaanotettu (pvm) \_\_\_\_\_

Terveyskeskus/asema vaihdettu (pvm) \_\_\_\_\_