

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) _____