

1. Nykyinen omalääkäri

2. Toive uudeksi omalääkäriksi tai omahoitajaksi (ei pakollinen)
(Toteutamme toiveet mahdollisuuksien mukaan, mikäli kyseisen työparin vastuuväestöön vielä mahtuu)

3. Perustelu (ei pakollinen)

4. Päiväys

____ / ____ 20 ____

5. Henkilötiedot

Etunimi	
Sukunimi	
Puhelin	
Sähköposti	
Osoite	
Postinumero	
Postitoimipaikka	

6. Haluan tiedon vaihdosta ensisijaisesti

- Puhelimitse
 Sähköpostilla

Lomake lähetetään osoitteella:

Ylöjärven terveyskeskus, ylilääkäri Teija Lahti, Mikkolantie 10, 33470 Ylöjärvi
tai se voidaan toimittaa terveyskeskuksen itäisen tai läntisen piirin toimistoon.

Pyrimme käsittelemään vaihdon 3 viikon kuluessa.