

Val eller byte av vårdcentral

Denna blankett skall användas då du vill byta till annan vårdcentral eller om du är nyinflyttad. Fyll i blanketten noggrant. **Texta gärna.**

Personnummer: _____

Namn: _____

Gatuadress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon hem/mobil: _____

Telefon arbetet: _____

Jag vill byta till annan vårdcentral ☐

Jag väljer vårdcentral för första gången ☐

Som vårdcentral väljer jag: HumanResurs AB

Min tidigare vårdcentral var: _____

Vid byte:

Jag godkänner att min nya vårdcentral får ta del av mina journaluppgifter ☐

Jag önskar ej att min nya vårdcentral får ta del av mina tidigare journaluppgifter ☐

Ort och datum

Underskrift*

* Vid delad vårdnad av underårig, < 16 år, skall båda vårdnadshavarna skriva under.

Blanketten översänds till den vårdcentral som personen önskar tillhöra eller till Listningskansliet.