Tämä lomake tulostetaan kahtena kappaleena, joista toinen toimitetaan kotikunnan terveysasemalle ja toinen uuteen asiointikuntaan.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ILMOITUS**

Täytetään erikseen jokaisesta terveysasemaa vaihtavasta perheenjäsenestä.

Sukunimi Etunimet

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Henkilötunnus Puhelin

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Lähiosoite Postinumero Postitoimipaikka

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nykyisin hoidosta vastaava kunta Nykyinen hoidosta vastaava terveysasema

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Uusi hoidosta vastaava kunta Toivottu terveysasema uudessa asiointikunnassa

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Valinta käsittää terveysaseman palvelut kokonaisuudessaan sisältäen mm. terveysneuvonnan ja terveystarkastukset sairaanhoidon, suunterveydenhuollon, lääkinnällisen kuntoutuksen ja neuvolapalvelut. Valinta ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoitoa. Terveysaseman uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Muutos tulee voimaan viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksesta, vasta tämän jälkeen asiointi uudella terveysasemalla on mahdollista.

**ALLEKIRJOITUS** (alaikäisen lapsen ilmoitukseen molempien huoltajien allekirjoitus)

Paikka ja päiväys Allekirjoitus ja nimen selvennys

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Allekirjoitus ja nimen selvennys

|  |
| --- |
|  |