

PATIENTENS ANMÄLAN Person som bor på annan ort och behöver vård i Vasa

(Val av vårdplats för icke-brådskande vård på annan än hemorten fr.o.m. 1.5.2011.)

Jag behöver vård enligt min vårdplan under en vistelse på längre tid

Namn _____ Personbeteckning _____

Hemkommun _____ Telefon _____

Hemadress _____

Skötande hälsostation _____

Kommun där jag tillfälligt vistas _____

Hälsostation _____

Adress på vistelseorten _____

Varaktigheten på den tillfälliga vistelsen _____

Plats och tid _____

Patientens underskrift _____

VÅRDPLAN (vid behov separat bilaga)

Plats och tid _____

Underskrift från givare av vårdplan _____

Namnförtydligande _____

Sänd / för blanketten såväl till den egna skötande hälsostationen på hemorten som till den mottagande hälsostationen. (Arkiveras i patientens journal)

Faktureringsadress: _____
