



Saapunut valitulle terveysasemalle \_\_\_/\_\_\_

## POTILAAN ILMOITUS

Vaasalainen, joka valitsee muun kuin kotikuntansa terveyskeskuksen

Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta muussa kuin oman kotikunnan terveyskeskuksessa 1.1.2014 lukien (ThL 48 §)

**Ilmoitan valitsevani alla olevan terveyskeskuksen hoitopaikakseni:**

Valitsemani terveyskeskus / terveysasema \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Kotikunta \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Kotiosoite \_\_\_\_\_

Oman kunnan terveyskeskus / terveysasema \_\_\_\_\_

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Potilaan allekirjoitus \_\_\_\_\_

**Lähetä / vie lomake sekä valitsemaasi terveyskeskukseen / terveysasemalle että oman kuntasi terveyskeskukseen / terveysasemalle.**

**Laskutusosoite:**

**Vaasan kaupunki  
Sosiaali- ja terveysvirasto  
PL 514  
65101 Vaasa**