



## PATIENTENS ANMÄLAN

(Vasabo som behöver vård på annan ort)

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: Social- och hälsovårdsverket i Vasa  
Mottagningservice  
Pb 514, 65101 Vasa