

Saapunut Vaasan terveystakeskukseen/

_____terveysasemalle ____/____

POTILAAN ILMOITUS

Toisen kunnan asukas valitsee Vaasan terveystakeskuksen hoitopaikakseen

Kiireettöman hoidon hoitopaikan valinta muussa kuin oman kotikunnan terveystakeskuksessa 1.1.2014 lukien (ThL 48 §)

**Ilmoitan valitsevani Vaasan terveystakeskuksen hoitopaikakseni;
valittu terveystakesema _____**

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Kotikunta _____ Puhelin _____

Kotiosoite _____

Oman kunnan terveystakeskus / terveystakesema _____

Paikka ja aika _____

Potilaan allekirjoitus _____

Lähetä / vie lomake sekä valitsemalessi terveystakesemalle että omalle terveystakesemalle kotikunnassasi.

Laskutusosoite (kotikunnan terveystakeskus):

