

Val av vårdcentral**1. Personuppgifter**Personnummer: -

Ex. 1 9 0 1 0 1 0 1 - 1 2 3 4

Namn: _____

Adress: _____

Postnr:

Ort:

2. Val av vårdcentral

Ange önskad vårdcentral _____

Samtliga vårdcentraler hittar du på www.1177.se/Vastmanland**Jag är införstådd med att:**

- mottagande vårdcentral lämnar information till mig när byte av vårdcentral är genomförd
- omlistningen till önskad vårdcentral omfattar besök hos familjeläkare, distriktsköterska, fysioterapeut, BVC, MVC, arbetsterapeut, kurator/psykolog och dietist
- jag kontakter själv den nya vårdcentralen om en pågående behandling kräver omedelbara åtgärder från min nya vårdcentral.

Blanketten skickar du till: Ekonomiservice, Vårdval, 721 53 Västerås_____
Datum_____
Namnteckning_____
Datum_____
Namnteckning

(För barn under 18 år måste båda vårdnadshavarna skriva under blanketten)