LANDSTINGET VÄSTMANLAND

2013-01-01

vårdval västmanland

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 _____

(Förteckning över vårdcentraler finner du bl a i Landstingskatalogen eller på vår webbplats, www.ltv.se)

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, BVC, MVC, arbetsterapeut och kurator/psykolog
- jag kontaktar själv den nya vårdcentralen om en pågående behandling kräver omedelbara åtgärder från min nya vårdcentral.

Överföring av journal (välj ett av alternativen)

- ❑ jag **medger** att ovan önskade vårdcentral får hämta en kopia av min journal från den gamla familjeläkarmottagningen
- ❑ jag **medger inte** att ovan önskade vårdcentral får hämta en kopia av min journal från den gamla vårdcentralen

Blanketten skickar du till: Ekonomiservice, Vårdval, 721 53 Västerås

Datum _____ **Namnteckning** _____

Postadress
Landstinget Västmanland
Ekonomiservice
721 53 Västerås

Telefon
021-17 44 44

E-post
vardval@ltv.se

Webbadress
www.ltv.se/vardval