

Nuvarande rådgivning _____

Ny rådgivning _____

| Kund på mödrarådgivning | |
|--------------------------------|------------------|
| Namn | Personbeteckning |
| Adress | Telefon |

| Kund på barnrådgivning | |
|-------------------------------|------------------|
| Barnets namn | Personbeteckning |
| Barnets namn | Personbeteckning |
| Barnets namn | Personbeteckning |
| Barnets namn | Personbeteckning |
| Adress | |
| Vårdnadshavarens namn | Telefon |

| Orsak till byte av rådgivning |
|--------------------------------------|
| |

| Kundens underskrift | |
|----------------------------|------|
| Datum | Namn |

Inom samarbetsområdet Jakobstad, Larsmo, Nykarleby, Pedersöre kan du välja den rådgivning som bäst passar familjen.

För personer som kommer från andra kommuner ordnas som en helhet rådgivning, hvc-mottagning och tandklinik inom samma kommun.

Om du vill byta rådgivning ska du göra en anmälan på denna blankett till din nuvarande rådgivning.

Byte av rådgivning sker inom tre veckor efter att anmälan om byte har tagits emot.

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Blanketten har mottagits (datum) | Hälsovårdare/sekreterare |
|----------------------------------|--------------------------|

17.12.2013 I:\Kvalitetshandbok\Vårdblanketter\Social- och hälsovård\Val av vård\Byte av rådgivning a svenska.doc

För kännedom: Överskötaren för primärhälsovården
 Ansvariga hälsovårdaren