

**ILMOITUS****Sukunimi****Etunimet**

--	--

**Henkilötunnus****Puhelin**

--	--

**Lähiosoite****Postinumero****Postitoimipaikka**

--	--	--

**Sähköpostiosoite**

--

**Nykyinen hoidosta vastaava kunta ja terveysasema**

--

**Uusi hoidosta vastaava kunta**

--

**Sinulla on mahdollisuus toivoa tiettyä terveysasemaa uudessa asiointikunnassasi  
Ensisijainen terveysasema**

--

**Toissijainen terveysasema**

--

Valinta käsittää terveysaseman palvelut kokonaisuutena sisältäen mm. terveysneuvonnan ja terveystarkastukset, sairaanhoidon, suun terveydenhuollon, lääkinnällisen kuntoutuksen ja neuvolapalvelut. Valinta ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa sekä pitkäaikaista laitoshoidtoa.

Ilmoituksesi terveysaseman vaihdosta on sitova. Seuraavan kerran terveysaseman vaihto on mahdollista aikaisintaan vuoden kuluttua.

Muutos tulee voimaan viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksestasi. Vasta tämän jälkeen asiointi uudella terveysasemalla on mahdollista.

---

Tämä lomake tulostetaan kahtena kappaleena, joista toinen toimitetaan kotikunnan terveysasemalle ja toinen uuteen asiointikuntaan. Lomake tulee allekirjoittaa.

**ALLEKIRJOITUS** (alaikäisen lapsen ilmoitukseen molempien huoltajien allekirjoitus)**Paikka ja päiväys****Allekirjoitus ja nimen selvennys**

--	--

**Allekirjoitus ja nimen selvennys**

--

**Allekirjoitettu lomake toimitetaan osoitteeseen:****Nikkilän sosiaali- ja terveysasema, III-kerros/hallinto, Jussaksentie 14 (PL 7), 04130 Sipoo**