

## Val eller byte av vårdcentral

Denna blankett skall användas då du vill byta till annan vårdcentral eller om du är nyinflyttad. Fyll i blanketten noggrant. **Texta gärna.**

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnummer och ort: \_\_\_\_\_

Telefon hem/mobil: \_\_\_\_\_

Telefon arbetet: \_\_\_\_\_

Jag vill byta till annan vårdcentral

Jag väljer vårdcentral för första gången

Som vårdcentral väljer jag: \_\_\_\_\_

Min tidigare vårdcentral var: \_\_\_\_\_

### Vid byte:

Jag godkänner att min nya vårdcentral får ta del av mina journaluppgifter

Jag önskar ej att min nya vårdcentral får ta del av mina tidigare journaluppgifter

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift\*

\* Vid delad vårdnad av underårig, < 16 år, skall båda vårdnadshavarna skriva under.

**Blanketten översänds till den vårdcentral som personen önskar tillhöra eller till Listningskansliet.**