

ILMOITUS TERVEYSASEMAN VAIHTAMISESTA SIIKALATVAN KUNTAAN

Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen haluamastaan kunnasta Suomessa.

Siikalatvan terveyspalveluiden käyttäjäksi siirtyville voimme tarjota palvelua välittömästi tämän lisätautumislomakkeen palauttamisen jälkeen. **Tulosta lomake, täytä se ja tuo mukanasasi terveysasemalle tai tule suoraan terveysasemallemme, jossa voit täyttää lomakkeen.**

Valinta koskee kerralla kaikkia seuraavia palveluja kokonaisuudessaan, eli kaikki palvelut siirtyvät kyseisen kunnan hoitamaksi.

- Terveysneuvonta ja terveystarkastukset (sisältäen mm. ehkäisyneuvolan)
- Seulonnat (valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisesti)
- Neuvolapalvelut (äitiys- ja lastenneuvola sisältäen mm. suun terveydentilan seurannan)
- läkkäiden neuvontapalvelut
- Todistukset
- Reseptien uusinnat
- Sairaanhoido (sisältää mm. tutkimukset, hoidon, hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet)
- Suun terveydenhuolto
- Mielenterveystyö (sisältää mm. traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen)
- Päihdetyö (sisältää mm. kuntoutuspalvelut)
- Lääkinnällinen kuntoutus (sisältää mm. ohjauksen, kuntoutustutkimuksen, terapiat, apuvälinepalvelut, kuntoutusjaksot)
- Lyhytaikainen laitoshoido

Valinnanvapaus ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoidoa, työterveyshuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa.

Kelan matkakorvaukset korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään terveyskeskukseen, josta kyseessä olevan palvelun voisi saada.

Osoitteen vaihtumisen yhteydessä terveysasema ei muutu automaattisesti, vaan vaatii uuden ilmoituksen. Asiakas on velvollinen itse huolehtimaan osoitetietojen muutosten ilmoittamisesta, koska osoitetiedot eivät päivity valittuun terveyskeskukseen väestöpäivityksen yhteydessä,

| Henkilötiedot | |
|------------------|--|
| Nimi | |
| Henkilötunnus | |
| Osoite | |
| Postitoimipaikka | |
| Puhelin | |

| Terveyskeskuksen/-aseman valinta | |
|--------------------------------------|--|
| Nykyinen terveyskeskus/-asema | |
| Terveyskeskus/-asema, jonka valitsen | |

Olen tietoinen, että **valintani koskee edellä lueteltuja Terveystieteiden laitosten 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnastani vuoden kuluttua.**

Annan uudelle terveysasemalle/-keskukselle luvan pyytää potilasrekisteriini merkityjä tietoja nykyiseltä terveysasemalta/keskukselta.

Kiellän tietojeni pyytämisen.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajuustilanteissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

Ilmoitus tulee toimittaa kirjallisena sekä nykyiselle että uudelle terveysasemalle.

Terveyskeskus/terveysasema täyttää:

Lomake vastaanotettu, pvm _____