

Terveyskeskuksen valinta

Nimi	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero- ja toimipaikka	
Kotikunta	
Puhelinnumero	
Lähiomainen/asioidenhoitajan nimi ja puhelinnumero	
Haluan käyttää terveydenhuoltolain 48§ mukaista kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa ja valitsen uudeksi terveyskeskuspalvelujen tuottajaksi _____ kunnan/kaupungin terveyskeskuksen.	
Olen tietoinen siitä, että samalla valinnalla kaikki terveysaseman palvelut, suun terveydenhuollon palvelut ja neuvolapalvelut siirtyvät valitsemani kunnan terveyskeskukseen kolmen viikon kuluessa tämän ilmoituksen vastaanottamisesta. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua.	
Olen ilmoittanut valinnastani nykyiseen terveyskeskukseeni terveydenhuoltolain mukaisesti	
Kyllä, pvm:	
Aiemmin tekemäni terveyskeskuksen valinnat	
<input type="checkbox"/>	En ole aiemmin vaihtanut terveyskeskusta
<input type="checkbox"/>	Olen aiemmin vaihtanut terveyskeskusta, viimeksi pvm:
Päivämäärä, allekirjoitus ja nimenselvennys*	
Täytä tätä lomaketta kaksi kappaletta ja palauta lomakkeet sekä nykyiseen että edellä valitsemaasi uuteen terveyskeskukseen.	
Varaudu todistamaan henkilöllisyytesi virallisella kuvallisella henkilötodistuksella.	
<p>Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta (ThL 48 §): Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman terveydenhuoltolain 2 ja 3 luvussa tarkoitettujen palvelujen saamiseksi. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan, että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyy valitun kunnan terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Henkilön valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen ja terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.</p> <p>Valinta ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidtoa. Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoitoa oman alueensa ulkopuolelle.</p>	
Lomakkeen lähetysosoite Naantalin terveyskeskus PL 47, 21101 Naantali	Terveyskeskus täyttää vastaanotettu pvm: vastaanottajan nimi: