

Terveysaseman vaihto

Tämä asiakirja sisältää salassa pidettäviä tietoja (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 § 24, 1 mom. 25 kohta).

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Nykyinen terveysasema	Uusi terveysasema

Vaihdon syy (vapaaehtoinen)

Terveysaseman sijainti

Palvelujen saatavuus

Muu, mikä? _____

Päiväys: ____ / ____ 20____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Onko kyseessä:

Pysyvä vaihto

Terveyskeskuksen / terveysaseman vaihto koskee perusterveydenhuollon palveluita (lääkärin ja hoitajan vastaanotot, hammashoito, neuvola, vuodeosasto, kotisairaanhoido, laboratorio, röntgen ja kuntoutus) pois lukien koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut. Vaihdon jälkeen potilas / asiakas on oikeutettu vastaaviin palveluihin, kuin uuden terveysaseman sijaintikunnan asukkaat. Vaihto toteutetaan 3 viikon kuluessa ilmoituksen jättämisestä. Terveysaseman vaihtumisesta ilmoitetaan asiakkaalle joko puhelimitse tai kirjeitse. Terveysasemaa saa vaihtaa



enintään kerran vuodessa. Vaihdon syyn ilmoittaminen on vapaaehtoista, mutta auttaa meitä kehittämään toimintaamme.

Tilapäinen vaihto

Mikäli asutte tai oleskelette säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikunnan ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, voitte käyttää hoitosuunnitelman mukaisen hoidon toteuttamiseen myös toisen kunnan perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Teidän on tehtävä tästä kirjallinen ilmoitus terveyskeskukselle. Palvelut annetaan hoitosuunnitelman perusteella. Hoitosuunnitelman saatte oman kotipaikkakuntanne lääkäriltä. Hoitosuunnitelma tulee esittää vastaanottoaika tai laboratoriotutkimusaikaa varattaessa toiselle paikkakunnalle. Hoitosuunnitelma kannattaa pyytää omalta lääkäriltä hyvissä ajoin ennen esimerkiksi kesäpaikkakunnalle muuttoa.

Pyynnön palautusosoite:

Heinolan kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi
Potilastoimisto
Torikatu 13
18100 Heinola

Virkailija täyttää tästä eteenpäin:

Pyyntö vastaanotettu: ____ / ____ 20____

Terveysasema vaihdettu: ____ / ____ 20____

Vaihdon suorittajan nimi: _____