



## TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖN VAIHTO

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Nykyinen terveysasema  
ja terveydenhuollon ammattihenkilö(t) \_\_\_\_\_

Uusi terveysasema ja siellä  
terveydenhuollon ammattihenkilö(t) \_\_\_\_\_

Päiväys ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomake lähetetään tai jätetään nykyiselle terveysasemalle. Terveydenhuollon ammattihenkilöä voi vaihtaa vain käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. Päätös lähetetään asiakkaalle.

Lomake vastaanotettu (pvm ja vastaanottaja) \_\_\_\_\_

Päätös vaihtamisen toteutumisesta (pvm ja päätöksentekijä)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_