



## TERVEYSASEMAN VAIHTO

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Nykyinen terveysasema \_\_\_\_\_

Uusi terveysasema \_\_\_\_\_

Päiväys ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomake lähetetään tai jätetään nykyiselle terveysasemalle. Terveysaseman vaihto toteutetaan kolmen viikon kuluessa. Päätös terveysaseman vaihdosta lähetetään asiakkaalle.

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

Terveysasema vaihdettu (pvm ja päätöksentekijä)  
\_\_\_\_\_