

## ILMOITUS VALINTAOIKEUDEN KÄYTÖSTÄ

Tällä lomakkeella (lomake on henkilökohtainen) siirrän hoitovastuun  
**Hämeenkyrön** terveyskeskukseen

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suostun siihen, että potilastietoni siirretään valitsemaani  
terveyskeskukseen hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden  
turvaamiseksi.

Päiväys \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_  
Alle 18-vuotiaalla huoltajan allekirjoitus

Lomake toimitetaan Hämeenkyrön terveyskeskukseen

Hämeenkyrön terveyskeskus  
Potilastoimisto  
Niina Haukipää  
Härkikuja 10  
39100 Hämeenkyrö

Tiedustelut tarvittaessa:  
Hämeenkyrö klo 12 jälkeen 050 4912 033