

Ditt Hälsoval i Kalmar län

Jag väljer vårdenhet:

Astrakanen Emmaboda Läkarcentrum

Personuppgifter

Namn:

Personnummer: (10 siffror)

Adress:

Telefon:

Mobil / Arbete:

Barn under 16 år (Barn över 16 lämnar in egen blankett)

Namn:

Personnummer:

Namn:

Personnummer:

Namn:

Personnummer:

Jag godkänner att min nya husläkare får ta del av tidigare journaler för en bättre patientsäkerhet.

Underskrift

Namn:

Datum:

Blanketten mottagen datum: