

Jag vill välja vårdenhet

Jag vill välja följande vårdenhet:

\_\_\_\_\_

Jag väljer följande läkare: \_\_\_\_\_  
(Endast om vårdenheten erbjuder detta)

Mitt namn: \_\_\_\_\_

Mitt personnummer: \_\_\_\_\_

Mitt telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

---

*OBS! Nedanstående del fylls i av dig/er som är vårdnadshavare.*

För barnet/barnen jag är vårdnadshavare för väljs följande vårdenhet:

\_\_\_\_\_

Följande läkare väljs: \_\_\_\_\_  
(Endast om vårdenheten erbjuder detta)

Barnets/barnens namn och personnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Vid delad vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under)

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

---

Posta eller lämna in din anmälan om byte till din valda vårdenhet.  
De personuppgifter du lämnar kommer att lagras i det dataregister som används för  
att administrera val av vårdenhet.