

Henkilötiedot	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Kotikunta
Terveysaseman/ toimipisteen vaihto	Terveysasema/toimipiste, jonka palveluja nyt käytätte	
	Osoite	
	Terveysasema/toimipiste, johon haluatte hoitovastuunne siirtyvän	
	Osoite	
	Toive uuden terveysaseman lääkäristä	
	Syy terveysaseman/toimipisteen vaihtoon (ei pakollinen tieto, mutta auttaa kehittämään palvelujamme)	
<input type="checkbox"/> Terveysaseman sijainti <input type="checkbox"/> Pitkät ajat vastaanotolle <input type="checkbox"/> Muu syy, mikä		
Allekirjoitus	Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Terveysaseman/toimipisteen vaihto toteutetaan kolmen (3) viikon kuluessa. Terveysaseman/toimipisteen vaihdosta tehdään kirjallinen ilmoitus nykyiselle terveysasemalle/toimipisteelle. Terveysasemaa/toimipistettä voi vaihtaa korkeintaan kerran vuodessa.

Lomake vastaanotettu	Päiväys	Vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Terveysasema/ toimipiste vaihdettu	Päiväys	Vaihdon kirjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys