

## ILMOITUS TERVEYSASEMAN VALINNASTA

Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen tai terveyskeskuksen terveysaseman haluamastaan kunnasta Suomessa. Hoito vastuu siirtyy kunnan terveyskeskukselle/terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta.

**Valinta koskee seuraavia palveluja kokonaisuudessaan, eli et voi valita yhtä palvelua toisesta ja toista palvelua jostain muusta terveyskeskuksesta.**

- Terveysneuvonta ja terveystarkastukset (sisältäen mm. ehkäisyneuvolan)
- Seulonnat (valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisesti)
- Neuvolapalvelut (äitiys- ja lastenneuvola sisältäen mm. suun terveydentilan seurannan)
- läkkäiden neuvontapalvelut
- Todistukset
- Sairaanhoido (sisältää mm. tutkimukset, hoidon, hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet)
- Suun terveydenhuolto
- Lääkinnällinen kuntoutus (sisältää mm. ohjauksen, kuntoutustutkimuksen, terapiat, apuvälinepalvelut, kuntoutusjaksot)
- Lyhytaikainen laitoshoido

**Valinnanvapaus EI KOSKE kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoidoa, työterveyshuoltoa, mielenterveystyötä, päihdetyötä eikä pitkäaikaista laitoshoidoa.**

Kelan matkakorvaukset korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään terveyskeskukseen, josta kyseessä olevan palvelun voisi saada.

Osoitteen vaihtumisen yhteydessä terveysasemansa vaihtaneen terveysasema EI muutu automaattisesti, vaan vaatii uuden ilmoituksen.

**Ilmoitus tulee toimittaa uudelle terveysasemalle/terveyskeskukseen, joka ilmoittaa tiedon entiselle terveysasemalle.**

**Tornion terveyskeskus/Vastaanotto**

Sairaalakatu 1

95400 Tornio

Puh: 016 432 835

Henkilötiedot	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Postitoimipaikka	
Puhelin	

Terveyskeskuksen/-aseman valinta	
Nykyinen terveyskeskus/-asema	
Terveyskeskus/-asema, jonka valitsen	

Olen tietoinen, että **valintani koskee edellä lueteltuja Terveystenhuoltolain 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnasta vuoden kuluttua**. Allekirjoittaessani suostun samalla siihen, että terveysasemalla on oikeus saada nykyisen terveyskeskukseni potilasrekisteriin merkityt tarpeelliset tiedot.

\_\_\_\_\_

Päiväys

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajustapauksissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

**Ilmoitus tulee toimittaa uudelle terveysasemalle/terveyskeskukseen, joka ilmoittaa tiedon entiselle terveysasemalle.**

**Terveyskeskus/terveysasema täyttää:**

Lomake vastaanotettu, pvm ja nimi \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Tiedot lähetetty entiselle terveysasemalle, pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Tornion terveyskeskus/Vastaanotto**

Sairaalakatu 1

95400 Tornio

Puh: 016 432 835