



Tornio

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, mielenterveyshuoltoa, päihdetyötä eikä pitkäaikaista laitoshuoltoa.

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
Potilaskertomusarkisto
Sairaalakatu 1
95400 TORNIO
Puh: 016 432 11



TORNION KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut

Tornion terveyskeskus
Potilaskertomusarkisto
Sairaalakatu 1
95400 Tornio

Henkilötiedot	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Postinumero	
Postitoimipaikka	
Puhelinnumero	

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

Olen tietoinen, että valintani koskee edellä lueteltuja Terveystieteiden laitoksen 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnasta vuoden kuluttua. Allekirjoittaessani suostun samalla siihen, että terveyskeskuksella on oikeus saada nykyisen terveyskeskuksen/-aseman potilasrekisteriin merkityt tarpeelliset tiedot.

Päiväys	Allekirjoitus ja nimen selvennys
---------	----------------------------------

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajuustapauksissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus. Ilmoitus tulee toimittaa uudelle terveysasemalle/terveyskeskukseen, joka ilmoittaa tiedon entiselle terveysasemalle.

Terveyskeskus/terveysasema täyttää	
Lomake vastaanotettu pvm	Vastaanottajan nimi
Tiedot lähetetty entiselle terveysasemalle pvm	Lähtäjän allekirjoitus