

**TERVEYDENHUOLTOLAIN 47§ MUUTOS 1.1.2014**

<b>1. Henkilötiedot</b>	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Puhelinnumero	Kotikunta
	Vakituinen osoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka

**VALITAAN JOKO 2A TAI 2B –KOHTA**

<b>2A</b> <input type="checkbox"/>  <b>Ilmoitus terveysaseman valinnasta</b>	Valitsemalla tämän kohdan ilmoitatte terveysaseman valinnasta. Ilmoitus koskee kaikkia terveyskeskuksessa annettavia perusterveydenhuollon palveluita. Ilmoituksenne on sitova valintapäätös. Uusi terveysaseman vaihto on mahdollinen aikaisintaan 12 kk kuluttua. Vaihto on henkilökohtainen. Mikäli muut perheenjäsenet haluavat vaihtaa terveysasemaa, tulee jokaisesta tehdä oma ilmoitus. Ilmoituksen jälkeen Teidät listataan terveysaseman potilaaksi kolmen viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta.	
	Nykyinen hoitava terveysasema	
	Terveysasema josta perusterveydenhuollon palvelut halutaan (Janakkalan – alueella valittavana on Turengin tai Tervakosken terveysasema).	
<b>2B</b> <input type="checkbox"/>  <b>Ilmoitus kiireettömän hoidon tilapäisestä järjestämisestä muun kuin kotikunnan terveyskeskuksessa</b>	Valitsemalla tämän kohdan ilmoitatte palveluiden tilapäisestä tarpeesta vieraalla paikkakunnalla. Palvelut tuotetaan kotipaikkakunnan antaman/toimittaman hoitosuunnitelman mukaisesti hoitovastuun säilyessä kotikunnan terveyskeskuksessa. Teidät listataan terveysaseman potilaaksi hoitosuunnitelman mukaisen hoidon osalta kolmen viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta. Teidän tulee toimittaa kirjallisen ilmoituksen lisäksi kotikunnan terveydenhuollon laatima hoitosuunnitelma tilapäistä hoitoa antavaan terveyskeskukseen. Reseptien uusinnat pyydetään hoitovastuussa olevan terveysaseman kautta. Ilmoitus uusitaan vuosittain.	
	Tilapäisen oleskelun syy <input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Opiskelu <input type="checkbox"/> Vapaa-aika <input type="checkbox"/> Muu syy  Arvioitu ajanjakso jolloin palveluita tarvitaan  _____ Tilapäinen osoite:	
	Tilapäinen terveysasema	
	Asiakkaan on toimitettava kirjallinen ilmoitus kotikunnan terveyskeskukseen sekä sen paikkakunnan terveyskeskukseen, josta palveluita halutaan.	
	Paikka ja aika	Allekirjoitus
<b>Henkilökunta täyttää</b>	Päivämäärä jolloin ilmoitus vastaanotettu	Päivämäärä jolloin hoitosuunnitelma vastaanotettu