

Husläkare/mottagning, barn och ungdom under 18 år

För barnets räkning önskar jag välja/byta till

Husläkare
Mottagning*

Barnets namn*	Barnets personnummer (10 siffror)*
Gatuadress*	Postadress*
Vårdnadshavarens namn*	Vårdnadshavarens personnummer*
Telefon dagtid	Mobiltelefon

Datum*	Vårdnadshavarens namnunderskrift*
--------	-----------------------------------

* Obligatorisk uppgift

► Datum och underskrift måste finnas för att valet ska vara giltigt.

Blanketten lämnas på eller skickas till vald mottagning

Mottagningen kontaktar dig om den husläkare du valt har väntelista.

Adresser till mottagningar och mer information finns på 1177 Vårdguiden, 1177.se.

Välj/byt på 1177.se

Du kan också logga in på 1177.se i din dator eller mobil för att välja eller byta mottagning direkt.



Frankeras ej
Mottagaren betalar
portot

Helsa Primärvård Sverige AB
Helsa Vårdcentral Sundbyberg

SVARSPOST
20677232
174 20 Sundbyberg

vik här

vik här

tejpa
här

tejpa
här

tejpa
här