Formulaire de choix de votre centre médical

Vous pouvez aussi faire votre choix par Internet en allant sur www.regiondalarna.se/etjanster

Identité du patient

Veuillez écrire en lettres majuscules

Numéro d'identité

Nom

.....

Adresse

.....

Code postal et Ville

N° de téléphone

.....

Ces données sont traitées conformément à la loi sur la protection de l'identité du patient et à celle sur la protection des données à caractère personnel.

Mettez une croix en face du nom du centre médical que vous voulez choisir

Vous recevrez par courrier une confirmation envoyée par le centre médical que vous avez choisi.

Avesta kommun
- ☐ Vårdcentral Avesta
- ☐ Vårdcentral Avestahälsan
- ☐ Vårdcentral Koppardalen

Borlänge kommun
- ☐ Vårdcentral Domnarvet
- ☐ Vårdcentral Jakobsgårdarna
- ☐ Vårdcentral Kvarnsveden
- ☐ Vårdcentral Läkarhuset Borlänge

Falu kommun
- ☐ Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo (M)
- ☐ Falu Vårdcentral
- ☐ Vårdcentral Kvarnporten
- ☐ Vårdcentral Norslund-Svärdsjö (M)
- ☐ Vårdcentral Tisken (M)

Gagnefs kommun
- ☐ Vårdcentral Gagnef

Hedemora kommun
- ☐ Vårdcentral Hedemora
- ☐ Vårdcentral Långshyttan

Leksands kommun
- ☐ Vårdcentral Leksand

Ludvika kommun
- ☐ Vårdcentral Engelbrekt (M)
- ☐ Vårdcentral Ludvika-Grängesberg
- ☐ Vårdcentral Sunnansjö

Malung-Sälens kommun
- ☐ Vårdcentral Malung
- ☐ Vårdcentral Sälen

Mora kommun
- ☐ Vårdcentral Mora (M)

Orsa kommun
- ☐ Vårdcentral Orsa

Rättviks kommun
- ☐ Vårdcentral Rättvik

Smedjebackens kommun
- ☐ Vårdcentral Smedjebacken

Säters kommun
- ☐ Vårdcentral Säter

Vansbro kommun
- ☐ Vårdcentral Vansbro

Älvdalens kommun
- ☐ Vårdcentral Särna
- ☐ Vårdcentral Älvdalen

(M) *Har mottagningsverksamhet på flera orter. Kontakta vårdcentralen för mer information.*

Signature

Le représentant légal signe pour les personnes de moins de 18 ans. Si le choix est effectué par l'intermédiaire d'un mandataire, c'est le mandataire qui doit signer.

Date..... Signature.....

Nom en lettres majuscules.....

Nom, numéro d'identité, date et signature doivent figurer pour que ce document soit valide.

Une fois rempli, envoyez ce formulaire à:
Region Dalarna, Vårdvalsenheten, Vårdval Primärvård, Box 712, 791 29 Falun.