

Val/byte av husläkare

Barn och ungdom under 18 år

För barnets räkning väljer/önskar jag byta till

Husläkare	
Husläkarmottagning	
Mottagningens postadress	Mottagningens besöksadress

Vårdnadshavarens namn	Vårdnadshavarens personnummer
Gatuadress	Postadress
Barnets namn	Barnets personnummer

Datum	Vårdnadshavarens namnunderskrift	Telefon dagtid
-------	----------------------------------	----------------

- Skriv ut blanketten, fyll i alla uppgifter och skriv under.
Du kan skicka in den till oss per post, fax eller lämna in den på mottagningen.