

## ILMOITUS VALINTAOIKEUDEN KÄYTÖSTÄ

Tällä lomakkeella siirrän hoitovastuuni Kihniön terveys- ja palvelukeskukseen

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Suostun siihen, että potilastietoni tilataan Kihniön terveys- ja palvelukeskukseen hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi.

Päiväys: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_\_

Allekirjoitus

\_\_\_\_\_

alle 18-vuotiaalla huoltajan allekirjoitus

Lomake toimitetaan Kihniön terveys- ja palvelukeskukseen

Kihniön terveys- ja palvelukeskus

Potilastoimisto

Kivinevantie 11-13

39820 Kihniö