



## ILMOITUS TERVEYSASEMAN VALINNASTA

Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen tai terveyskeskuksen terveysaseman haluamastaan kunnasta Suomessa. Hoitovastuu siirtyy valitun kunnan terveyskeskukselle/terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta.

**Valinta koskee seuraavia palveluja kokonaisuudessaan eli ei voi valita yhtä palvelua toisesta ja toista palvelua jostain muusta terveyskeskuksesta.**

- Terveysneuvonta ja terveystarkastukset (sisältäen mm. ehkäisyneuvolan)
- Seulonnat (valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisesti)
- Neuvolapalvelut (äitiys- ja lastenneuvola sisältäen mm. suun terveydentilan seurannan)
- läkkäiden neuvontapalvelut
- Todistukset
- Reseptien uusinnat
- Sairaanhoido (sisältää mm. tutkimukset, hoidon, hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet)
- Suun terveydenhuolto
- Mielenterveystyö (sisältää mm. traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen)
- Päihdetyö (sisältää mm. kuntoutuspalvelut)
- Lääkinnällinen kuntoutus (sisältää mm. ohjauksen, kuntoutustutkimuksen, terapiat, apuvälinepalvelut, kuntoutusjaksot)
- Lyhytaikainen laitoshoido

Valinnanvapaus ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoidoa, työterveyshuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa.

Kelan matkakorvaukset korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään terveyskeskukseen, josta kyseessä olevan palvelun voisi saada.

Osoitteen vaihtumisen yhteydessä terveysasema ei muutu automaattisesti, vaan vaatii uuden ilmoituksen. Asiakas on velvollinen itse huolehtimaan osoitetietojen muutosten ilmoittamisesta, koska osoitetiedot eivät päivity valittuun terveyskeskukseen väestöpäivityksen yhteydessä,



Henkilötiedot	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Postitoimipaikka	
Puhelin	

Terveyskeskuksen/-aseman valinta	
Nykyinen terveyskeskus/-asema	
Terveyskeskus/-asema, jonka valitsen	

Olen tietoinen, että **valintani koskee edellä lueteltuja Terveystieteiden laitoksen 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnastani vuoden kuluttua.**

*Annan uudelle terveysasemalle/-keskukselle luvan pyytää potilasrekisteriini merkittyyä tietoja nykyiseltä terveysasemalta/keskukselta.*

*Kiellän tietojeni pyytämisen.*

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajuustilanteissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

**Ilmoitus tulee toimittaa sekä nykyiselle että uudelle terveysasemalle.**

**Terveyskeskus/terveysasema täyttää:**

**Lomake vastaanotettu, pvm** \_\_\_\_\_



Henkilötiedot	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Postitoimipaikka	
Puhelin	

Terveyskeskuksen/-aseman valinta	
Nykyinen terveyskeskus/-asema	
Terveyskeskus/-asema, jonka valitsen	

Olen tietoinen, että **valintani koskee edellä lueteltuja Terveystieteiden laitoksen 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnastani vuoden kuluttua.**

*Annan uudelle terveysasemalle/-keskukselle luvan pyytää potilasrekisteriini merkittyyä tietoja nykyiseltä terveysasemalta/keskukselta.*

*Kiellän tietojeni pyytämisen.*

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus ja nimen selvennys

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajuustilanteissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

**Ilmoitus tulee toimittaa sekä nykyiselle että uudelle terveysasemalle.**

**Terveyskeskus/terveysasema täyttää:**

Lomake vastaanotettu, pvm \_\_\_\_\_