

OMALÄÄKÄRIN VAIHTAMINEN

Potilaan henkilötiedot	
Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
Muut perheenjäsenet/Nimi	Henkilötunnus
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Syy/perustelu	
Toivomus omalääkäristä	
PÄÄTÖS	
_____ / _____ 20____ alkaen	
Omalääkäri on _____	
Alueen hoitaja on _____	
Omalääkäriänne ei ole mahdollista vaihtaa	
Perustelut _____	
Paikka ja aika	Olli Lappalainen, ylilääkäri