

Blankett för byte av LARO-mottagning

Observera att det måste ha gått mer än sex månader sedan ditt förra byte.

Namn		Personnummer	
Adress			
Postnr		Postadress	
Telefonnr		Mobilnr	
Idag behandlas jag på (LARO-mottagning före byte)			
Jag vill byta till (LARO-mottagning efter byte)			
Datum			
Underskrift			

Härmed ger jag mitt samtycke till att mottagande LARO-mottagning inhämtar journalkopior från annan LARO-mottagning	
Datum	Underskrift

Denna blankett lämnas in eller skickas till den LARO-mottagning där du vill ha din behandling.

Adresser till LARO-mottagningar och mer information om Vårdvalet hittar du på 1177.se.