

# Blankett för byte av LARO-mottagning



Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobilnummer
Idag behandlas jag på LARO-mottagning (ange mottagning före byte)	
Jag vill byta till LARO-mottagning (ange 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](http://1177.se).