

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
- 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.

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Alle 18-vuotiaan lapsen puolesta ilmoituksen allekirjoittaa huoltaja.

Henkilötiedot	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Postitoimipaikka	
Puhelin	

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

Olen tietoinen, että valintani koskee edellä lueteltuja Terveystoimintolain 2 ja 3 luvussa mainittuja palveluita kokonaisuudessaan ja että seuraavan valinnan voin tehdä aikaisintaan tästä valinnastani vuoden kuluttua. Allekirjoittaessani suostun samalla siihen, että terveysasemalla on oikeus saada kotikuntani potilasrekisteriin merkityt tarpeelliset tiedot.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Ilmoitus tulee toimittaa sekä entiselle että uudelle terveysasemalle/terveyskeskukseen.

Ivalon terveyskeskuksen palautusosoite:
Ivalon terveyskeskus/neuvonta
Sairaalantie 15
99800 Ivalo