

Listningsblanketten skickas/lämnas till:

Husläkarcentrum
Kaggensgatan 42
392 32 Kalmar



Ditt Hälsoval i Kalmar län

Jag väljer följande läkare som husläkare:

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nadjib Kamgar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Renè Mirus | <input type="checkbox"/> |

Personuppgifter

Namn	Personnummer (10 siffror)
Adress	
Telefon	Mobil/Arbete

Barn under 16 år (Barn över 16 lämnar in egen blankett)

Namn	Personnummer (10 siffror)
Namn	Personnummer (10 siffror)
Namn	Personnummer (10 siffror)

Jag godkänner att min nya husläkare får ta del av tidigare journaler för en bättre patientsäkerhet

Underskrift

Namn

Datum

Blanketten mottagen datum