**Sosiaali- ja terveyskeskuksen valinta**

Julkisen terveydenhuollon asiakkaana voit itse valita perusterveydenhuollon hoitopaikkasi (sosiaali- ja terveyskeskuksen) mistä tahansa Suomessa. Sosiaali- ja terveyskeskuksen vaihto edellyttää, että teet **kirjallisen ilmoituksen sekä nykyiseen että tulevaan sosiaali- ja terveyskeskukseesi**. Vastuu hoidostasi siirtyy uudelle sosiaali- ja terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua, kun ilmoitus on vastaanotettu.

Ennen kuin vaihdat sosiaali- ja terveyskeskusta, ota selvää, miten ja missä terveyspalvelut käytännössä järjestetään. Sosiaali- ja terveyskeskuksen vaihtaminen koskee kaikkia perusterveydenhuollon palveluja. Niihin kuuluvat muun muassa lasten- ja äitiysneuvola, hammashoito, mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Se, mistä hoitopaikasta saat kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa tai pitkäaikaista laitoshoitoa, ei ole valittavissasi. Et myöskään voi valita, että kotisairaanhoitosi järjestetään muualla kuin omalla hyvinvointialueellasi.

**Voit vaihtaa sosiaali- ja terveyskeskusta enintään kerran vuodessa.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Henkilötiedot** |
| **Nimi** |       |
| **Henkilötunnus** |       |
| **Osoite** |       |
| **Postinumero**  |       |
| **Postitoimipaikka** |       |
| **Puhelin** |       |

|  |
| --- |
| **Sosiaali- ja terveyskeskuksen valinta** |
| **Nykyinen sosiaali- ja terveyskeskus** |       |
| **Sosiaali- ja terveyskeskus, jonka valitsen** |       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Paikka ja aika**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allekirjoitus Nimen selvennys**

Jokaisesta perheenjäsenestä tulee tehdä erillinen ilmoitus. Lapsen puolesta lomakkeen allekirjoittaa huoltaja. Yhteishuoltajuustilanteissa tarvitaan molempien huoltajien allekirjoitus.

**Ilmoitus tulee toimittaa kirjeitse tai henkilökohtaisesti sekä nykyisen että uuden sosiaali- ja terveyskeskuksen potilastoimistoon/neuvontapisteeseen. Kainuun hyvonvointialueen sosiaali- ja terveyskeskusten osoitteet löytyvät lomakkeen alareunasta.**

**Sosiaali- ja terveyskeskus täyttää:**

Lomake vastaanotettu \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_