



VALINNANVAPAUSSKOKEILUUN OSALLISTUMINEN

Haluan VAIHTAA perusterveydenhuollon palveluntuottajaani*:

___ Kunnanlääkärit Kiuruvesi Oy (Harjukatu 2, 74700 Kiuruvesi)

___ Kunnanlääkärit Sonkajärvi Oy (Rutakontie 28, 74300 Sonkajärvi)

___ Suomen Terveystalo Oy Iisalmi (Pohjolankatu 6, 74100 Iisalmi)

___ Suomen Terveystalo Oy Sonkajärvi (Koulutie 6, Sonkajärvi)

___ Suomen Terveystalo Oy Vieremä (Petterintie 8 as 8, Vieremä)

___ Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä (Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän terveyskeskukset ovat kaikki käytössäsi)

*Palveluntuottajarekisteri löytyy sähköisenä osoitteesta www.terveyspalveluni.fi ja se päivittyy sitä mukaa, kun uusia palveluntuottajia rekisteröityy

Nimi*: _____

Syntymäaika*: _____

Osoite*: _____

Matkapuhelin*: _____

Sähköposti: _____

*= pakollinen tieto

___ Olen tutustunut kokeilun ehtoihin ja hyväksyn ne (nähtävillä palveluntuottajan toimipisteessä ja www.terveyspalveluni.fi)

Vain työterveyshuollon piiriin kuuluva täyttää:

___ Valitsemani palveluntuottaja ei vastaa työterveyshuoltooni kuuluvasta **sairaanhoidosta** (työpaikkasi työterveyshuolto kattaa lääkärikäynnit myös sairastapauksissa). Mikäli sinulla on vain lakisääteinen eli ennaltaehkäisevä työterveyshuolto, voit valita palveluntuottajasi valinnanvapauskokeilussa vapaasti.

Päiväys: _____

Allekirjoitus _____

Palveluntuottajan vaihto astuu **voimaan 1-3 arkipäivän kuluessa**. Vaihdon voimaan astumisesta ilmoitetaan tekstiviestillä. Palveluntuottaja voi halutessaan tarjota asiakkaalle vastaanottoajan jo ennen tekstiviesti-ilmoituksen saapumista. Palveluntuottaja voi vahvistaa valinnan myös suullisesti toimipisteessä asioidessasi siellä.