

Listning hörselmottagning

Jag önskar välja/byta till

Hörselmottagning*

För- och efternamn*	Personnummer (10 siffror)*
Telefon	Önskar sms-påminnelse Ja/Nej

Datum*	Namnunderskrift*
--------	------------------

För att administrera ditt vårdval behandlar Region Stockholm och din vårdgivare dina personuppgifter. Mer information om hur regionen behandlar dina personuppgifter finns på: www.sll.se/integritet

*** Obligatoriska uppgifter för att valet ska vara giltigt.**

Val av hörselmottagning

Kan endast göras via denna blankett.

Blanketten lämnas på, eller skickas till, vald hörselmottagning

Adresser till hörselmottagningar och mer information finns på www.1177.se.

Du blir kontaktad om den valda hörselmottagningen har väntelista.

Information om listning

- Du kan bara vara listad på en hörselmottagning i taget.
- Listar du om dig tas din tidigare listning bort.
- Enligt lag har du rätt till vård utan att vara listad men Region Stockholm rekommenderar att du söker vård där du är listad.

Mottagningens anteckning

Aktuell insats vid listningstillfället

<input type="checkbox"/> Rehabiliteringsinsats	<input type="checkbox"/> Service
--	----------------------------------