

# Blankett för val av vårdenhet



Namn
Adress
Postnr, ort

Personnummer
--------------

Telefonnummer och övriga upplysningar
---------------------------------------

*Dina uppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen.  
Personuppgiftsansvarig är Regionstyrelsen.*

## Jag väljer vårdenheten:

OBS! Fullständigt namn på vårdenheten, ort

**Stenblommans Vårdcentral, Kungsbacka**

*Vårdvalet gäller tills vidare eller tills du gjort ett nytt val av vårdenhet.*

**Jag har läst ”Detta innebär vårdvalet för mig” och accepterar dessa villkor. (se andra sidan)**

## Underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
	Namnteckning	Namnförtydligande

*För barn under 18 år ska målsman skriva på. Vid gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna.*

För frågor om vårdvalet, kontakta den vårdenhet du valt eller Vårdvalsservice, tfn: 0771-900 300, e-post: vardvalsservice@regionhalland.se

**Valblanketten lämnas in på eller skickas till den vårdenhet du väljer. Du kan också välja och jämföra vårdenheter direkt på Region Hallands webbplats, [www.regionhalland.se/vardval](http://www.regionhalland.se/vardval)**

## Vårdenhetens anteckningar

Datum när invånaren tas emot	
Datum och namnteckning	Vårdenhetens kod <b>702</b>



## Val av vårdenhet inom Vårdval Halland

### Detta innebär vårdvalet för mig

Som invånare i Halland väljer jag vilken vårdenhet, privat regi eller driven av Region Halland, som ska få uppdraget att ge mig sådan hälso- och sjukvård som inte är sjukhusvård. Genom mitt val gör jag en överenskommelse med vårdenheten samt godkänner att mina personuppgifter får användas för att säkerställa en sammanhållen och säker vård. Vald vårdenhet informeras löpande om övriga besök utförda inom ramen för Vårdval Halland.

### Min del av överenskommelsen

Jag åtar mig att i första hand vända mig till den valda vårdenheten. Jag godkänner att den får min hälso- och sjukvårdspeng, en summa som regionen årligen avsätter för att bekosta varje invånares hälso- och sjukvård.

### Vårdenhetens del av överenskommelsen

Vårdenheten ska kunna erbjuda mig vård snarast och allra senast inom tre månader från att jag skrivit under och lämnat in min valblankett. Vårdenheten ger mig den hälso- och sjukvård jag behöver, efter en medicinsk bedömning av mina behov. Jag ska snabbt kunna få kontakt för rådgivning och behandling. Vårdenheten ska uppfylla vårdgarantin.

### Byte av vårdenhet

De vårdenheter jag kan välja mellan har granskats och godkänts av Region Halland. De följer lagar och föreskrifter och erbjuder säker vård med hög kvalitet.

Förteckning på de godkända vårdenheterna finns alltid på regionens webbplats: [www.regionhalland.se/vardval](http://www.regionhalland.se/vardval). Listan kan också beställas från Vårdvalsservice: tfn 0771-900 300 eller e-post: [vardvalsservice@regionhalland.se](mailto:vardvalsservice@regionhalland.se), eller från de godkända vårdenheterna.

**Valblanketten finns på nästa sida!**