



## Blankett för val av vårdenhet

Namn	
Adress	
Postnr, ort	

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

Uppgifterna behandlas enligt vårdregisterlagen § 11 (se information på [www.lthalland.se](http://www.lthalland.se)). Personuppgiftsansvarig är landstingsstyrelsen.

Telefonnummer och övriga upplysningar:
--

**Jag har läst "Detta innebär vårdvalet för mig" (på baksidan av blanketten) och väljer vårdenheten:**

OBS! Fullständigt namn på vårdenheten, ort

Navets Vårdcentral, Varberg

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

### Underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
	Namnteckning	Namnförtydligande

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

**Valblanketten ska lämnas in på eller skickas till den vårdenhet du väljer!**

**För frågor om vårdvalet**, kontakta den vårdenhet du valt eller Vårdvalsservice, tfn: 0771-900 300, e-post: [vardvalsservice@lthalland.se](mailto:vardvalsservice@lthalland.se)

### Vårdenhetens anteckningar

Datum när invånaren tas emot	
Datum och namnteckning	VE-kod



## Blankett för val av vårdenhet

Namn	
Adress	
Postnr, ort	

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

Uppgifterna behandlas enligt vårdregisterlagen § 11 (se information på [www.lthalland.se](http://www.lthalland.se)). Personuppgiftsansvarig är landstingsstyrelsen.

Telefonnummer och övriga upplysningar:
--

**Jag har läst "Detta innebär vårdvalet för mig" (på baksidan av blanketten) och väljer vårdenheten:**

OBS! Fullständigt namn på vårdenheten, ort

Navets Vårdcentral, Varberg

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

### Underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
	Namnteckning	Namnförtydligande

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

**Valblanketten ska lämnas in på eller skickas till den vårdenhet du väljer!**

**För frågor om vårdvalet**, kontakta den vårdenhet du valt eller Vårdvalsservice, tfn: 0771-900 300, e-post: [vardvalsservice@lthalland.se](mailto:vardvalsservice@lthalland.se)

### Vårdenhetens anteckningar

Datum när invånaren tas emot	
Datum och namnteckning	VE-kod



## Val av vårdenhet inom Vårdval Halland

### Detta innebär vårdvalet för mig

Som invånare i Halland väljer jag vilken vårdenhet, landstingsdriven eller i privat regi, som ska få uppdraget att ge mig sådan hälso- och sjukvård som inte är sjukhusvård. Genom mitt val gör jag en överenskommelse med vårdenheten.

### 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 landstinget 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

Jag kan byta vårdenhet upp till fyra gånger per år.

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

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

**Valblanketten finns på nästa sida!**



## Val av vårdenhet inom Vårdval Halland

### Detta innebär vårdvalet för mig

Som invånare i Halland väljer jag vilken vårdenhet, landstingsdriven eller i privat regi, som ska få uppdraget att ge mig sådan hälso- och sjukvård som inte är sjukhusvård. Genom mitt val gör jag en överenskommelse med vårdenheten.

### 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 landstinget 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

Jag kan byta vårdenhet upp till fyra gånger per år.

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

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

**Valblanketten finns på nästa sida!**