

**VALINTALOMAKE**

palautusosoite: Kotikunnan terveyskeskus

Koko nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ puhelinnumero \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Alaikäisen lapsen ollessa kyseessä,  
vanhemman/holhoojan nimi \_\_\_\_\_

Päivämäärä ja **allekirjoitus** \_\_\_\_\_

Haluan, että hoitoni siirtyy Hämeenlinnaan, (merkitkää ruksilla valinta):

- Viipurintien terveysasema Tiimi 1**
- Viipurintien terveysasema Tiimi 2**
- Viipurintien terveysasema Tiimi 3**
- Hauhon terveysasema**
- Idänpään terveysasema**
- Jukolan terveysasema**
- Kalvolan terveysasema**
- Lammin terveysasema**
- Ojoisten terveysasema**
- Rengon terveysasema**