Hälsoval DALARNA

LANDSTINGET DALARNA

Application Form for Choice of District Health Centre

You can also make your choice through 'Mina vårdkontakter' www.ltdalarna.se/minavardkontakter

Personal information

Please write in block capitals

Name

Personal identity number

.....

Address

.....

Postal Code and City

Telephone No.

.....

These particulars will be processed in accordance with the Swedish Patient Data Act (patientdatalagen) and the Personal Data Act (personuppgiftslagen).

Please select the District Health Centre you wish to choose

You will shortly receive confirmation by post, directly in your letter box, from the District Health Centre of your choice.

Avesta kommun

- ☐ Vårdcentral Avesta (M)
- ☐ Vårdcentral Koppardalen

Borlänge kommun

- ☐ Vårdcentral Domnarvet
- ☐ Vårdcentral Jakobsgårdarna
- ☐ Vårdcentral Kvarnsveden
- ☐ Vårdcentral Läkarhuset Borlänge

Falu kommun

- ☐ Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo (M)
- ☐ Falu Vårdcentral
- ☐ Vårdcentral Norslund-Svärdsjö (M)
- ☐ Vårdcentral Tisken

Gagnefs kommun

- ☐ Vårdcentral Gagnef (M)

Hedemora kommun

- ☐ Vårdcentral Hedemora
- ☐ Vårdcentral Långshyttan (M)
- ☐ Vårdcentral Södra Dalarna

Leksands kommun

- ☐ Vårdcentral Leksand

Ludvika kommun

- ☐ Vårdcentral Grangärde-Fredriksberg (M)
- ☐ Vårdcentral Grängesberg
- ☐ Vårdcentral Ludvika Norra
- ☐ Vårdcentral Solsidan

Malung-Sälens kommun

- ☐ Vårdcentral Malung
- ☐ Vårdcentral Sälen-Lima (M)

Mora kommun

- ☐ Vårdcentral Mora (M)

Orsa kommun

- ☐ Vårdcentral Orsa

Rättviks kommun

- ☐ Vårdcentral Rättvik (M)

Smedjebackens kommun

- ☐ Vårdcentral Smedjebacken-Söderbärke (M)

Säters kommun

- ☐ Vårdcentral Säter (M)

Vansbro kommun

- ☐ Vårdcentral Vansbro (M)

Älvdalens kommun

- ☐ Vårdcentral Särna
- ☐ Vårdcentral Älvdalen

(M) *Har även mottagningsverksamhet på annan ort. Kontakta vårdcentralen för mer information.*

Signature

Parent/Guardian's signature is required for persons under the age of 18. If the choice is made by proxy, the representative shall sign.

Date..... Signature.....

Name in Block Capitals.....

Name, personal identity number, date and signature are required for this choice to be valid.

Send the completed application to:

Landstinget Dalarna, Hälsovalskansliet, Box 712, 791 29 Falun.