

Val/byte av vårdgivare i särskilt boende för äldre (SÄBO)

Information om och val av vårdgivare:

Äldreboende

Namn	Personnummer
------	--------------

Härmed intygas att ovanstående person erhållit information om sin rätt att få sin primära läkarvård av husläkare enligt avtal om läkarinsatser i särskilt boende för äldre, uppdragsbeskrivning § 2, samt att personen valt vårdgivaren som sin ansvarige läkare.

Ange om informationen överlämnats av annan än ansvarig vårdgivare*:

Namn och titel

Underskrift av ansvarig vårdgivare:

Vårdgivare (företag)	
Namnunderskrift och titel	
Namnförtydligande	Datum

* Information kan överlämnas av exempelvis personal vid det särskilda boendet.