

**Nytt Val** - det är första gången jag väljer utförare

**Omval** - jag vill byta utförare

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

För och efternamn		Personnummer (10 siffror)
Gatuadress		
Postnummer	Postadress	
Telefonnummer		

Insatsen avser	Vald utförare
<b>Omvårdnadsinsatser</b> (till exempel personlig omvårdnad, hälso och sjukvårdsinsatser och matdistribution)	
<b>Serviceinsatser</b> (Gäller ledsagning, tvätt, städ och inköp)	

Jag medger att all social och hälso och sjukvårdsdokumentation om mig får överlämnas till vald/valda utförare.
--

#### Underskrift

Ort och datum:	Underskrift:
----------------	--------------

**Blanketten lämnas direkt till din biståndsbedömare, sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut.**

**Eller skickas till:**

Skövde kommun  
 Sektor vård och omsorg  
 Biståndsenheten  
 Ekedalsgatan 14  
 541 37 Skövde

#### Myndighetens anteckning

Datum och signatur
Ny utförare meddelad.....
Tidigare utförare meddelad (vid omval).....