

## Personal information

Please write in block capitals

Name

Address

Postal Code and City

Telephone No.

Personal identity number

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

These particulars will be processed in accordance with the Swedish Patient Data Act (patientdatalagen) and General Data Protection Regulation (GDPR).

## 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  
 Vårdcentral Avestahälsan  
 Vårdcentral Koppardalen

### Borlänge kommun

- Vårdcentral Domnarvet  
 Vårdcentral Jakobsgårdarna  
 Vårdcentral Kvarnsveden  
 Vårdcentral Läkarhuset Unicare

### Falu kommun

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

### Gagnefs kommun

- Vårdcentral Gagnef **(M)**

### Hedemora kommun

- Vårdcentral Hedemora  
 Vårdcentral Långshyttan

### Leksands kommun

- Vårdcentral Leksand

### Ludvika kommun

- Vårdcentral Engelbrekt **(M)**  
 Vårdcentral Ludvika-Grängesberg  
 Vårdcentral Sunnansjö

### Malung-Sälens kommun

- Vårdcentral Malung  
 Vårdcentral Sälen

### Mora kommun

- Vårdcentral Mora **(M)**

### Orsa kommun

- Vårdcentral Orsa

### Rättviks kommun

- Vårdcentral Rättvik

### Smedjebackens kommun

- Vårdcentral Smedjebacken

### Säters kommun

- Vårdcentral Säter

### Vansbro kommun

- Vårdcentral Vansbro

### Älvdalens kommun

- Vårdcentral Särna  
 Vårdcentral Älvdalen

**(M)** Har mottagningsverksamhet på flera orter. 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:

**Region Dalarna, Hälsovalsenheten, Box 712, 791 29 Falun.**