

KORVAUSHAKEMUS

Saapumispäivämäärä:

Vastaanottaja:

Diariointinumero:

Asiakkaan mukana olevista tavaroista (mm. vaatteet, matkapuhelimet, arvotavarat) huolehtiminen kuuluu ensisijaisesti asiakkaalle itselleen tai hänen läheiselleen. Sama käytäntö koskee mahdollisia potilaan välittömiä siirtokuljetuksia.

Etelä-Savon hyvinvointialue ei korvaa taloudellisia vahinkoja (varallisuusvahinko), jotka eivät ole yhteydessä henkilö- tai esinevahinkoihin. Etelä-Savon hyvinvointialue korvaa omalla toiminnallaan aiheuttamansa vahingon.

Etelä-Savon hyvinvointialue vastaa vain luetteloidusta ja säilytykseen annetusta tai otetusta potilaan omaisuudesta.

ASIAKAS / HAKIJA	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puh:
KORVAUSASIAA HOITAVAN HENKILÖN TIEDOT	Nimi	
	Osoite	Puh.
	Korvausasiaa hoitavan henkilön suhde potilaaseen: 1. Puoliso 2. Huoltaja 3. Lapsi 4. muu, mikä?	
VAHINKO, JOSTA KORVAUSTA HAETAAN	Missä toimipisteessä ja osastolla vahinko tapahtui?	
	Milloin vahinko tapahtui?	
VAHINGON KUVAUS	Mitä on tapahtunut? (Tarvittaessa erillisellä liitteellä.)	

Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa

Mikkeli: Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli

Savonlinna: Keskussairaalantie 6, 57120 Savonlinna

Pieksämäki: Tapparakatu 1–3, 76101 Pieksämäki

Vaihde 015 411 4100 | kirjaamo@etelasavonha.fi | www.etelasavonha.fi

KORVAUSHAKEMUS

VAATIMUKSET	Asia / esine, josta korvausta haetaan	Anottava korvaus (€) esim. arvio kadonneen tai vahingoittuneen omaisuuden hankintahinnasta (liitteeksi kuitit hankitusta korvaavasta tuotteesta). Matkakustannusten korvausperusteena käytetään pääsääntöisesti yleisen kuluneuvon taksaa.
KENELLE MAHDOLLINEN KORVAUS MAKSETAAN?	Tilinhaltijan nimi:	Pankki
		Tilinumero
SUOSTUMUS	<p>Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalvelujen järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne minua koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta tai vaitiolovelvollisuudesta on säädetty.</p> <p>Jos muistutuksen tekee täysi-ikäisen potilaan tai asiakkaan puolesta esim. omainen, on muistutukseen liitettävä potilaan antama valtakirja tai selvitys, miksi asianosainen ei itse pysty muistutusta tekemään.</p>	
PAIKKAKUNTA JA PÄIVÄYS		
ALLEKIRJOITUS	Asiakkaan tai hakijan allekirjoitus	

Lomake toimitetaan allekirjoitettuna johonkin alla olevaan kirjaamoon!

Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa

Mikkeli kirjaamo: Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli

Savonlinna kirjaamo: Keskussairaalantie 6, 57120 Savonlinna

Pieksämäki kirjaamo: Tapparakatu 1–3, 76101 Pieksämäki

Vaihde 015 411 4100 | kirjaamo@etelasavonha.fi | www.etelasavonha.fi

Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa

Mikkeli: Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli

Savonlinna: Keskussairaalantie 6, 57120 Savonlinna

Pieksämäki: Tapparakatu 1–3, 76101 Pieksämäki

Vaihde 015 411 4100 | kirjaamo@etelasavonha.fi | www.etelasavonha.fi