

Selvitys lääkärin antamasta hoidosta ja peritystä palkkioista

Hoito annettu

yleislääkärinä
 erikoislääkärinä

Perityt palkkiot eritellään kohdittain.

Tämän selvityksen lisäksi on annettava maksukuitti korvaushakemukseen liitettäväksi.

*) Täytetään haettaessa korvausta suorakorvaustilityksenä.

Potilaan nimi		Henkilötunnus		
<input type="checkbox"/> Kysymyksessä on sairaus, raskaus tai synnytys				
VASTAAN- OTTO- KÄYNTI	Käyntipäivä	Koodi	Kustannus	Korvaus *)
	<input type="checkbox"/>	0101a, enintään 10 min		
	<input type="checkbox"/>	0101b, enintään 20 min		
	<input type="checkbox"/>	0101c, enintään 30 min		
	<input type="checkbox"/>	0101d, enintään 45 min		
<input type="checkbox"/>	0101e, enintään 60 min			
KOTIKÄYNTI	<input type="checkbox"/>	0102, enintään 60 min		
	<input type="checkbox"/>	0103, yli 60 min Tuntia pitempi käynti kestänyt _____ t _____ min		
LÄÄKÄRIN MATKA	Kotikäynnin yhteydessä			
	<input type="checkbox"/>	Oma auto _____ km <input type="checkbox"/> Muu kulkuneuvo (kuitti liitteenä)		
LÄÄKÄRIN - LAUSUNTO SVL:n mukaista etuutta varten	<input type="checkbox"/>	0107, Lääkärintodistus A tai lääkärintodistus D		
	<input type="checkbox"/>	0106, Lääkärinlausunto B, tavallinen		
	<input type="checkbox"/>	0105, Lääkärinlausunto B, laaja		
	<input type="checkbox"/>	0104, Lääkärinlausunto B, erittäin laaja ja perusteellinen		
Muuta etuutta varten	_____ <input type="checkbox"/>	Esim. B-lausunto eläkettä varten, lääkärintodistus C tai E		_____
PUHELIN-/ LÄÄKE- MÄÄRÄYS	<input type="checkbox"/>	0108, Puhelimitse / postitse annetut hoito-ohjeet lääkemääräyksiin		
	<input type="checkbox"/>	0109, Lääkemääräyksen uusiminen, yksi tai useampi; ei vastaanoton yhteydessä		
LÄÄKÄRIN TOIMENPIDE		Koodi Toimenpide		
POIKKEAVA KÄYNTIAIKA	<input type="checkbox"/> Arkipäivänä klo 21-7			
	<input type="checkbox"/> Lauantaina tai pyhäpäivän aattona klo 18:n jälkeen		<input type="checkbox"/> Sunnuntaina tai muuna pyhäpäivänä	
TUTKIMUS		Koodi Tutkimus		Tutkimusten korvaukset yhteensä
	Tutkivan yksikön nimi, kun näyte on lähetetty muualle		_____	
LISÄTIETOJA			Kustannukset yhteensä	Korvaukset yhteensä
			Omavastuu-osuus	
LÄÄKÄRI JA LÄÄKÄRI- ASEMA	SV-leima tai lääkärin nimi, SV-numero ja erikoisala; lääkäriaseman nimi tai leima ja puhelinnumero			
ALLE- KIRJOITUS	Paikka ja aika. Lääkärin allekirjoitus tai lääkäriaseman edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys			

Korvaushakemus
sairaanhoitokustannuksista

Saapunut

Liitteet _____ kpl

Haku aika on 6 kuukautta maksun suorittamisesta.

Liittäkää hakemukseen selvitys lääkärin tai hammaslääkärin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista, tutkimus- ja hoitomääräykset sekä selvitykset niiden perusteella annetusta hoidosta ja tehdyistä tutkimuksista.

Liittäkää hakemukseen erillinen maksukuitti tai muu tosite maksun suorittamisesta.

Liittäkää hakemukseen apteekin antama selvitys lääketoistanne, jos ette ole saanut korvausta apteekista.

Matkakustannuksista haetaan korvausta erillisillä matkakorvauslomakkeilla.

Jos tarvitsette selvityksistä ja maksukuiteista valokopiot esimerkiksi vakuutusyhtiötä varten, pyydämme Teitä hankkimaan ne ennen kuin toimitatte selvitykset Kelan toimistoon / työpaikkakassaan.

Julkisessa sairaalassa, vanhainkodissa tai muussa vastaavassa laitoksessa hoidossa oloaikana aiheutuneista yksityisen terveydenhuollon kustannuksista ja lääkekustannuksista ei makseta korvausta.

1 HAKIJA (potilas)	Henkilötunnus _____ Sukunimi ja etunimet _____
	Lähiosoite _____ Vakinainen asuin­kunta _____
	Postinumero _____ Postitoimipaikka _____
	Puhelinnumero _____ Sähköpostiosoite _____
2 MAKSUOSOITE	Pankin nimi ja täydellinen tilinumero _____
3 KORVAAJA MUU KUIN KELA	Ovatko kustannukset aiheutuneet <input type="checkbox"/> liikennevahingosta <input type="checkbox"/> työtapaturmasta
	Vakuutusyhtiön nimi _____ <input type="checkbox"/> potilasvahingosta
4 ALLEKIRJOITUS	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi. Paikka ja aika _____ Hakijan, hänen huoltajansa, edunvalvojansa, lähiomaisen tai muun pääasiallisesti hakijasta huolehtivan henkilön allekirjoitus ja nimen selvennys
5 VALTAKIRJA	Valtuutan alla mainitun henkilön / työnantajan saamaan minulle myönnettävän sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen. Valtuutetun henkilön nimi _____ Henkilötunnus _____
	Valtuutetun työnantajan nimi _____ Työnantajan edustajan nimi ja puhelinnumero _____
	Lähiosoite _____
	Postinumero _____ Postitoimipaikka _____
	Paikka ja aika _____ Hakijan, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus ja nimen selvennys