Patient
Försäkrings
centralen

Ersättningsansökan för patientskada

Fyll i och lämna in blanketten för ersättningsansökan, efter att Patientförsäkringscentralen har gett positivt ersättningsbeslut.

Information om skadan

Patientförsäkringcentralens skadebeteckning _____

Skadelidandes kontaktuppgifter

Efternamn och förnamn

_____

Personbeteckning

_____

Hemkommun då patientskadan inträffade

_____

Postadress

_____

Postnummer och postanstalt

_____

Telefon (inklusive landskod, t.ex. +358 401234567)

_____

Epostadress

_____

Kontonummer (IBAN-form, 18 tecken)

_____

Kontoinnehavarens namn

_____

Kontaktuppgifter för den person som sköter ärendet

Om skadelidande är minderårig eller en vuxen person för vilken intressebevakare förordnats, fyller vårdnadshavaren eller intressebevakaren i ersättningsansökan och undertecknar den.

En vuxen ersättningssökande kan ge en annan person fullmakt att sköta ansökan om ersättning på sökandens vägnar. Ersättningssökanden ger och undertecknar fullmakten i slutet av blanketten.

Om patienten har avlidit kan delägarna i dödsboet befullmäktiga en person att sköta patientskadeärendet och lyfta ersättningarna. På Patientförsäkringscentralens webbplats finns det en separat blankett för ansökan om ersättning av begravningskostnader och familjepension.

Efternamn

Förnamn

Postadress

Postnummer och postanstalt

Telefon (t.ex. +358 401234567)

Epostadress

Andra försäkringsbolag och instanser som betalar ersättningar

Ange de försäkringsbolag eller andra instanser, från vilka du har fått eller ansökt om ersättning i anknytning till patientskadan. Ange också om du har fått eller ansökt om ersättning för den sjukdom eller skada i samband med vilken patientskadan har uppkommit. **Frågan måste besvaras för att behandlingen ska kunna fortsätta.**

☐ Trafikförsäkring	Försäkringsbolag och behandlingsnummer:
☐ Sjukkassa	Sjukkassans namn och behandlingsnummer:
☐ Ansvarsförsäkring	Försäkringsbolag och behandlingsnummer:
☐ Frivillig sjukkostnads- eller olycksfallsförsäkring	Försäkringsbolag och behandlingsnummer:
☐ Arbetsolycksfallsförsäkring eller olycksfallsförsäkring för företagare	Försäkringsbolag och behandlingsnummer:
☐ Annan instans (t.ex. utkomststöd från FPA eller socialväsendet)	Vilken instans?:

☐ Ersättning har inte ansökts eller betalats från andra aktörer eller försäkringsbolag.

Vårdinrättningar

Ange var du har undersökts eller behandlats på grund av patientskadan. Om vårdinrättningen är privat, ange även namnet på läkaren eller annan vårdgivare.

☐ Offentlig sjukvård ☐ Privat sjukvård och företagshälsovård

Namn på vårdinrättningar (inom den privata sjukvården även namnen på de vårdande läkarna)

Sjukvårdskostnader

Ange sjukvårdskostnader som har förorsakats av patientskadan. Specificera kostnaderna enligt vårdperiod eller -besök. Kostnader för en skada som inträffat i samband med offentlig hälso- och sjukvård ersätts enligt ersättningsnivån inom den offentliga sjukvården.

Om FPA har ersätt privatsektors sjukvårdskostnader, ange den del du har själv betalat efter ersättningen.

Tandvårdskostnader: Bifoga till ansökan en faktura där vårdkostnaderna har specificerats.

Andra hälso- och sjukvårdskostnader: Bifoga inte fakturor och betalningskvitton till ansökan, men spara dem i ett års tid för eventuell granskning.

Sjukvårdskostnader 1

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 2

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 3

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 4

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 5

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 6

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Sjukvårdskostnader 7

Sjukvårdperiod eller besöksdag	Vårdenhet och verksamhetsställe
Orsak till vård (t.ex. operation, poliklinikbesök, läkarbesök, sjukhusvård, dagkirurgi, rehabilitering)	
Namn på den person som har gett vård inom privata sektorn	
Har FPA-ersättning betalats för kostnaden? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård

Ange resekostnader vid sjukvård som förorsakats av patientskadan. Om du har fått FPA-ersättning för resekostnaderna, ange den återstående andel av kostnaderna som du har betalat själv. Du behöver inte bifoga fakturor eller betalningskvitton till ansökan. Spara dem i ett års tid från ansökan för eventuell granskning.

Från patientförsäkringen ersätts resekostnader i samband med nödvändiga vård- och terapibesök på grund av patientskadan. Kostnader ersätts för resor hemifrån till närmaste vårdinrättning. I regel ersätts resekostnader enligt kostnadsnivån för kollektivtrafik eller enligt kostnader vid användning av egen bil. Ersättningen vid användning av egen bil är 0,33 euro per kilometer.

De kostnader som uppstår för att använda taxi ersätts om användningen av taxin är nödvändig på grund av hälsotillstånd eller otillräckliga trafikförhållanden och ett utlåtande från vårdgivaren eller annat tillräckligt utlåtande om trafikförhållandena har lämnats för behovet att använda taxin. Patientförsäkringen beviljar inte en betalningsförbindelse för användningen av taxi. Från ersättningarna avdras de ersättningar som har betalats med stöd av andra lagar. Apoteksresor ersätts inte, eftersom dessa resor kan kombineras med andra resor för att sköta ärenden.

Resekostnader vid sjukvård 1

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 2

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 3

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 4

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 5

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 6

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Resekostnader vid sjukvård 7

Datum för resan	Längd för resa (km) om fordonet är egen bil
Välj ett fordon. Ange tur- och returresan på olika rader om fordonet ändras. ☐ Egen bil ☐ Taxi ☐ Kollektivtrafik ☐ Ambulans	
Varifrån och till vilken vårdenhet?	
Har FPA-ersättning betalats för resekostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader

Ange specificerade kostnader för läkemedel och förbandsartiklar som är nödvändiga på grund av patientskadan. Om du har fått FPA-ersättning för läkemedelskostnaderna, ange den återstående andel av kostnaderna som du har betalat själv. Du behöver inte bifoga läkemedelsrecept, fakturor eller betalningskvitton till ansökan. Spara dem i ett års tid från ansökan för eventuell granskning.

Läkemedelskostnader 1

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 2

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 3

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 4

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 5

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 6

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 7

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 8

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 9

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 10

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 11

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 12

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Läkemedelskostnader 13

Inköpsdatum för läkemedlet	Läkemedlets namn
Har FPA-ersättning betalats för läkemedelskostnaderna? ☐ Ja ☐ Nej	Återstående del du själv har betalat, euro.

Klädbidrag

Ersättning för klädtillägg kan betalas om användning av nödvändiga hjälpmedel på grund av patientskadan orsakar extra slitage eller nedsmutsning av kläder eller sängkläder. Ersättning kan erhållas exempelvis för användning av kryckor, rullstol, proteser, kardborreband, stomi eller andra hjälpmedel som sliter på kläder. Ersättning betalas inte för sjukhusvård.

Om du behöver skaffa, förnya eller reparera hjälpmedel, kontakta hjälpmedelstjänsten i din hemkommun.

Jag ansöker om klädtillägg ☐ ja ☐ nej

Om du svarade ja, svara på följande frågor

1. Har hjälpmedlet varit i bruk före patientskadan? ☐ ja ☐ nej

2. Hur ofta använder du hjälpmedlet?

_____

3. Från när har hjälpmedlet varit i bruk? Är behovet av hjälpmedlet kontinuerligt?

_____

4. Vilket märke/modell har hjälpmedlet?

5. Har hjälpmedlet fästen som sliter på kläder?

6. Orsakar patientskadan extra nedsmutsning av kläder eller sängkläder? Vilken typ?

Vårdbidrag

Vårdbidraget från patientförsäkringen är avsett att täcka extra kostnader som uppstår för den skadelidande på grund av patientskadan när den skadelidande bor hemma och behöver hjälp av en annan person i dagliga eller nästan dagliga aktiviteter. Kostnader kan också uppstå för hushållsarbete, renovering av hemmet eller fastighetsskötsel.

Jag ansöker om vårdbidrag ☐ Ja ☐ Nej

FPA:s vårdbidrag/funktionshinderbidrag

☐ Jag har ansökt om FPA:s vårdbidrag/funktionshinderbidrag

☐ Jag har inte ansökt om FPA:s vårdbidrag/funktionshinderbidrag

Om du ansöker om vårdbidrag, svara på följande frågor

1. Har du behövt stöd före patientskadan? Vilken typ av hjälp?

2. Vilka sjukdomar eller skador påverkar din funktionsförmåga?

3. Behöver du hjälp med personliga aktiviteter?
(äta, klä på dig, personlig hygien, röra dig, ta mediciner, vägledning eller övervakning)?

4. Vilken typ av hjälp eller vägledning behöver du?

5. Under vilken period har du behövt hjälp? Är behovet av hjälp kontinuerligt?

6. Hur många gånger per dag eller vecka får du hjälp?

7. Vem får du hjälp av?

8. Använder du hjälpmedel för att röra dig?

☐ ja ☐ nej

9. Orsakar patientskadan extra kostnader för hushållsarbete? Om det gör det, bifoga kostnadsfakturor till ansökan. Kvittot måste innehålla näringsidkarens kontaktuppgifter och företagsnummer.

☐ ja ☐ nej

10. Får du stöd från välfärdsområdet? Om du får det, bifoga serviceplanen.

☐ ja ☐ nej

Andra kostnader

Ange här andra nödvändiga kostnader på grund av patientskadan. Bifoga fakturor eller kvitton.

Kostnadens tidpunkt 1

Kostnadens tidpunkt	Kostnad
Vilken kostnad är det frågan om och på vilka grunder ansöker du om ersättning?	

Kostnadens tidpunkt 2

Kostnadens tidpunkt	Kostnad
Vilken kostnad är det frågan om och på vilka grunder ansöker du om ersättning?	

Kostnadens tidpunkt 3

Kostnadens tidpunkt	Kostnad
Vilken kostnad är det frågan om och på vilka grunder ansöker du om ersättning?	

Arbetsoförmåga och inkomstbortfall

Ansöker du om ersättning för inkomstbortfall? ☐ Ja ☐ Nej

Om du svarade ja, fyll i ersättningsansökan ”Arbetsoförmåga och inkomstbortfall”. Du hittar blanketten på Patientförsäkringscentralens webbplats.

Tilläggsuppgifter

Ge vid behov tilläggsuppgifter för behandlingen av ansökan

Underskrift

Ersättningssökanden ska underteckna ersättningsansökan. Annars kan blanketten för ersättningsansökan inte behandlas.

Med min underskrift försäkrar jag att de uppgifter som jag lämnat på denna blankett och i bilagorna till den är riktiga och att ersättning för de ansökta kostnaderna eller inkomstbortfall inte har ansökts på annat håll än vad som nämns på blanketten och i bilagorna till den.

Patientförsäkringscentralen har trots sekretessbestämmelserna rätt att få uppgifter om de är nödvändiga för avgörande av ett ersättningsärende som behandlas av försäkrings- och pensionsanstalter, av myndigheter och av andra instanser som lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet tillämpas på, av arbetsgivare, av hälso- och sjukvård, av producenter av rehabilitering och socialtjänster (patientförsäkringslag 54 §). Centern har också rätt att få inkomstuppgifter från inkomstregistret (lag om inkomstdatasystemet 5 kap. 13 §).

Genom min underskrift ger jag mitt samtycke till att läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård, apotek, rehabiliteringsenheter och socialserviceproducenter eller vårdinrättningar, trots sekretessbestämmelserna, får ge Patientförsäkringscentralen journalhandlingar om ersättningssökandes hälsotillstånd och annat material om undersökningen och vården samt information om hälsotillstånd, arbetsförmåga och rehabilitering, när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

Jag ger också mitt samtycke till att skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen, Folkpensionsanstalt och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Patientförsäkringscentralen de uppgifter, handlingar, avgöranden och beslut beträffande ersättningar, pensioner och löner när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

Datum	Ersättningssökandens underskrift och namnförtydligande
_____	_____

Fullmakt

Om en vuxen ersättningssökande inte själv ansöker om ersättning, ska ersättningssökanden underteckna en fullmakt. En fullmakt som har getts i samband med skadeanmälan är inte tillräcklig för ersättningshandläggningen. Den befullmäktigades kontaktuppgifter anges på sidan 1 under Kontaktuppgifter för den person som sköter ansökan om ersättning. Enligt patientsförsäkringslagen är det inte möjligt att få ersättning för kostnader som uppkommer vid anlitande av ombud.

Jag befullmäktigar

_____

att sköta ansökan om ersättning för de kostnader som patientskadan har orsakat.

Datum	Ersättningssökandens underskrift och namnförtydligand
_____	_____

Bilagor _____ sidor

Mer information till den som fyller i ansökan

Fyll i och returnera blanketten för ersättningsansökan först när du har fått ett positivt ersättningsbeslut på den skadeanmälan som har gjorts tidigare. Det finns en separat blankett för ersättningar som betalas vid dödsfall.

Ersättning från patientförsäkringen kan betalas endast för extra och nödvändiga kostnader som har orsakats av en patientskada. De kostnader och inkomstbortfall som i varje fall skulle ha orsakats av den sjukdom eller skada som ursprungligen behandlades är inte ersättningsgilla.

Ersättningar som betalas med stöd av någon annan lag avdras från de ersättningar som betalas från patientförsäkringen, och kostnader som orsakas av samma skada ersätts inte flera gånger. Därför begärs på denna blankett uppgifter om andra försäkringsanstalter som betalar ersättningar.

Obetalda fakturor får inte lämnas till Patientförsäkringscentralen, om centralen inte har beviljat en betalningsförbindelse.

Ersättningar som betalas
Ersättningar för patientskador betalas enligt 5 kap. 2, 2 a–2 d, 3, 4, 7 och 8 §, 6 kap. 1 § och 7 kap. 3 § i skadeståndslagen. Ersättningar betalas för nödvändiga sjukvårdskostnader och andra nödvändiga utgifter, inkomstbortfall, sveda och värk och andra tillfälliga men och för bestående men. Storleken på ersättningsbeloppet följer de ersättningsnivåer för skadeersättning som i allmänhet följs, och trafik- och patientskadenämndens normer och anvisningar samt nämndens ersättningspraxis.

Mer information om ersättningar som betalas ut får du på centralens webbplats:
https://www.pvk.fi/sv/ersattningssokande/ersattningar/

Sveda och värk (tillfälligt men) och bestående men
Ersättningen för sveda och värk samt tillfälligt men är en gottgörelse för sveda, värk och andra olägenheter som patientskadan har orsakat. Ersättningen betalas tills skadan har läkt eller man kan konstatera att skadan orsakar bestående men. På ersättningsbeloppets storlek inverkar skadans karaktär och svårighetsgrad, vilken form och mängd av extra åtgärder som har krävts på grund av patientskadan samt hur varaktigt men skadan orsakat. Ersättningarna bedöms utifrån patientjournaler.

Ersättning för bestående men är en gottgörelse för bestående funktionsnedsättning som orsakats av en patientskada. Det bestående menet kan fastställas och ersättningen betalas ut, när det har konstaterats att tillståndet är permanent. Bedömningen av menet görs på medicinska grunder utifrån patientjournaler och läkarutlåtanden och det fastställs med hjälp av den invaliditetsklassificering som avses i lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (768/2015). Ersättningsbeloppets storlek fastställs enligt trafik- och patientskadenämndens normer och anvisningar. Det är frågan om en engångsersättning.

Engångsersättningen för bestående kosmetiskt men är gottgörelse för kosmetiskt men som orsakats av skadan. Ersättningen fastställs enligt trafik- och patientskadenämndens normer och anvisningar, när tillståndet har stabiliserats och till exempel ärrens läkning har upphört. Ersättningarna för bestående men är bundna till den skadelidandes ålder. Ersättningsbeloppen kan höjas utifrån särskilda utredningar, om menet medför en särskild försämring av den skadelidandes livskvalitet.

Du behöver inte ställa krav eller göra utredningar för fastställandet av sveda och värk samt annat tillfälligt eller bestående men. Vi bedömer storleken på ersättningsbeloppet enligt den utredning som görs utifrån patientjournaler och andra dokument. Vid behov kan vi begära läkarutlåtanden, fotografier och andra utredningar av dig.

Ersättningsansökan för patientskada
Patientförskringscentralen, PL 1, 00084 Försäkringscentralen,
telefon 040 450 4590, www.pvk.fi/sv