Potilas Vakuutus keskus

Korvaushakemus, ammatillinen kuntoutus

Tällä korvaushakemuslomakkeella voit hakea korvausta ammatillisesta kuntoutuksesta aiheutuneista kustannuksista sen jälkeen, kun Potilasvakuutuskeskus on antanut myönteisen korvauspäätöksen ammatillisen kuntoutuksen korvattavuudesta. Ilmoita vahingon käsittelytunnus, vahinkoa kärsineen nimi ja henkilötunnus.

Vahinkotiedot

Potilasvakuutuskeskuksen käsittelytunnus

Vahingonkärsinyt

Etunimi ja sukunimi

Henkilötunnus

Kotiosoite (jos muuttunut)

Postinumero ja postitoimipaikka

Puhelinnumero (jos muuttunut) (myös maatunnus, esim. +358 40123 4567)

Sähköpostiosoite (jos muuttunut)

Ammatillisen kuntoutuksen kustannukset

Ilmoita tässä aiheutuneet kustannukset. Liitä mukaan kulutosite ja kuitit. Ilmoita matkakustannukset jäljempänä.

Kustannus 1

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Kustannus 2

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Kustannus 3

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Kustannus 4

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Kustannus 5

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Kustannus 6

Kulun syntyhetki

Kustannus €

Mistä kustannuksesta on kysymys?

Ammatillisen kuntoutuksen matkakulut

Ilmoita tarpeelliset matkakulut. Jos olet saanut matkakustannuksista korvausta muualta, ilmoita korvausten jälkeen sinulle maksettavaksi jäänyt osuus. Kulutositteita tai kuitteja ei tarvitse liittää hakemukseen. Säilytä kuitit vuoden ajan hakemuksesta mahdollista tarkistamista varten. Oman auton käytöstä maksamme 0,25 euroa kilometriä kohden. Jatka tarvittaessa eri lomakkeelle.

Tällä lomakkeella ei haeta korvausta potilasvahinkoon liittyvien sairaanhoidon kustannusten matkakuluista, vaan sitä varten on lomake Korvaushakemus potilasvahingosta.

Matkakulu 1

Matkustuspäivä

Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 2

Matkustuspäivä | Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____ | _____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 3

Matkustuspäivä | Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____ | _____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 4

Matkustuspäivä

Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____ _____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 5

Matkustuspäivä

Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____ _____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 6

Matkustuspäivä

_____

Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

_____

Matkakulu 7

Matkustuspäivä

_____

Matkan pituus (km), jos kulkuneuvo on oma auto

_____

Valitse yksi kulkuneuvo. Ilmoita meno- ja paluumatkat eri riveille, mikäli kulkuneuvo vaihtuu.

☐ Oma auto ☐ Taksi ☐ Julkinen kulkuväline

Matkareitti, mistä – mihin hoitopaikkaan?

_____

Onko matkakustannuksista saatu korvausta muualta?

☐ Kyllä, mistä? _____

☐ Ei

Matkakustannus mahdollisen muun korvauksen jälkeen

Lisätietoja

Kerro tarvittaessa lisätietoja hakemuksen käsittelyä varten.

Allekirjoitus

Korvauksenhakijan on allekirjoitettava korvaushakemus. Muutoin korvaushakemuslomaketta ei voida käsitellä.

Allekirjoituksellani vakuutan, että tässä lomakkeessa ja sen liitteissä antamani tiedot ovat oikeita ja ettei korvattavaksi haettavista kustannuksista tai menetyksistä ole haettu tai saatu korvausta muualta kuin lomakkeessa ja sen liitteissä on ilmoitettu.

Potilasvakuutuskeskuksella on salassapitosäännösten estämättä oikeus saada korvausasian ratkaisemiseksi välttämättömät tiedot vakuutus- ja eläkelaitokselta, viranomaiselta sekä muulta taholta, johon viranomaisten toiminnan julkisuudesta annettua lakia sovelletaan, työnantajalta, terveydenhuollosta, kuntoutusta toimeenpanevalta taholta ja sosiaalipalveluja tuottavalta taholta (potilasvakuutuslaki 54 §). Keskuksella on myös oikeus saada palkka- ja etuustietoja Tulorekisteristä korvauksen perusteen ja korvausvelvollisuuden laajuuden määrittämistä varten (laki tulotietojärjestelmästä 5 luku 13 §).

Korvaushakemuksen allekirjoittamalla suostun siihen, että lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt, terveydenhuollon toimintayksiköt, apteekit ja kuntoutusta toimeenpanevat tahot ja muut terveydenhuollon toimintayksiköt, sekä sosiaalipalveluiden tuottajat tai hoitolaitokset saavat salassapitosäännösten estämättä antaa Potilasvakuutuskeskukselle korvauksenhakijan terveydentilaa koskevia potilasasiakirjoja ja muuta tutkimukseen ja hoitoon liittyvää materiaalia sekä tietoa terveydentilasta, työkyvystä ja kuntoutuksesta, kun tiedot ovat välttämättömiä vahinkoasian selvittämisessä tai korvauskäsittelyssä. Suostun myös siihen, että veroviranomaiset, vahingonkärsineiden työnantajat, eläke- ja vakuutuslaitokset, Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja muut viranomaiset saavat salassapitosäännösten estämättä antaa Potilasvakuutuskeskukselle ne korvauksenhakijan saamia korvauksia ja palkkausta koskevat tiedot, asiakirjat ja päätökset, jotka ovat välttämättömiä korvausasian ratkaisemiseksi.

Korvaushakemuksen allekirjoittamalla annan myös suostumukseni siihen, että Potilasvakuutuskeskus voi ammatillisen kuntoutuksen selvittelyn käynnistämiseksi ja toteuttamiseksi tarvittaessa lähettää jäljennökset kaikista hallussaan olevista minua koskevista asiakirjoista sekä antaa muut tarpeelliseksi katsomansa tiedot kuntoutusta suunnittelevalle ja toteuttavalle laitokselle ja edelleen laitokseen, jossa mahdolliset tutkimukset tullaan tekemään.

Päiväys Korvauksenhakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

Liitteitä _____ sivua

Tyhjennä lomake

Potilasvakuutuskeskus
PL 1, 00084 Vakuutuskeskus
Puh. 040 450 4505, Faksi 040 450 4694
www.pvk.fi