



Ersättningskrav för patientens skadade/förlorade lös egendom

Patient	Namn	Personsignum
	Adress	Tel
Person som sköter ärendet	Namn	
	Adress	Tel
	Personens förhållande till patienten 1. <input type="checkbox"/> Make/maka 2. <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 3. <input type="checkbox"/> Barn 4. <input type="checkbox"/> annan, vad?	
Skada för vilken ersättning söks	På vilken avdelning eller poliklinik hände det?	
	När hände skadan? (Tidpunkt)	
Beskrivning av skadan	Förklaring över händelseförloppet, när skadan skett. (Fortsätt vid behov på skild bilaga.)	



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

Krav	Sak/föremål för vilket ersättning söks	Ersättning som söks (€) tex. värdet av det skadade föremålet, nyanskaffningspris (kvitto som bilaga).
Till vem betalas eventuell ersättning	Kontoinnehavarens namn	Kontonummer (IBAN-form)
Datum och plats		
Underskrift	Patientens underskrift	Underskrift av person som sköter ärendet

Ansökan skickas:

Vasa centralsjukhus

Förvaltningsdirektör / X7

Sandviksgatan 2-4

65130 VASA

Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa
Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa

www.vasacentralsjukhus.fi
www.vaasankeskussairaala.fi

tfn / puh.
06 213 1111

VASA SJUKVÅRDSDISTRIKT • VAASAN SAIRAAHOITOPUOLUSTUS