



Korvausvaatimus potilaan vahingoittuneesta/kadonneesta omaisuudesta

| | | |
|--|--|---------------|
| Potilas | Nimi | Henkilötunnus |
| | Osoite | Puh: |
| Korvausasiaa hoitavan henkilön tiedot | Nimi | |
| | Osoite | Puh: |
| | Korvausasiaa hoitavan henkilön suhde potilaaseen: 1. <input type="checkbox"/> Puoliso 2. <input type="checkbox"/> Huoltaja 3. <input type="checkbox"/> Lapsi 4. <input type="checkbox"/> muu, mikä? | |
| Vahinko, josta haetaan korvausta | Millä osastolla tai poliklinikalla vahinko tapahtui? | |
| | Milloin vahinko tapahtui? (Ajankohta) | |
| Vahingon kuvaus | Selvitys tapahtumien kulusta, jolloin vahinko tapahtui. (Tarvittaessa erillisellä liitteellä) | |



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Vaativukset | Asia/ esine, josta korvausta haetaan | Anottava korvaus (€) Esim. Vahingoittuneen esineen arvo, hankintahinta (kuitti liitteeksi) |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kenelle mahdollinen korvaus maksetaan? | Tilinhaltijan nimi | Tilinnumero (IBAN-muodossa) |
| Päiväys ja paikka | | |
| Allekirjoitus | Potilaan allekirjoitus | Asiaa hoitavan henkilön allekirjoitus |

Lomake lähetetään osoitteeseen:

Vaasan keskussairaala

Hallintojohtaja / X7

Hietalahdenkatu 2-4

65130 VAASA

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