



Vasa centralsjukhus

Vaasan keskussairaala

Korvausvaatimus potilaan vahingoittuneesta/kadonneesta omaisuudesta

Potilaan nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Puhelinnumero	Pankkitilitiedot IBAN-muodossa
Korvausvaatimus eriteltynä ja selvitys tapahtumien kulusta ja ajankohdasta	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Suostumus	
Suostun siihen, että terveyden- ja sairaalatoimintaa harjoittavat saavat antaa ne terveydentilaani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän vahingonkorvaushakemuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja viranomaisen, lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty	
KYLLÄ _____ EI _____	
Korvausvaatimukset yhteensä	
(euroa)	
Vakuutan yllä olevat tiedot oikeiksi	
Päivämäärä ____ / ____ 20____	Potilaan allekirjoitus

Potilas palauttaa lomakkeen häntä hoitaneeseen yksikköön

Vastuuyksikön nimi ja numero	Tapahtumapäivämäärä
Yksikön selvitys tapahtumien kulusta	
<hr/> <hr/> <hr/>	

Osasto/poliklinikka palauttaa lomakkeen täytettynä hallintojohtajalle. Potilas saa päätöksen liitteenä kopion tästä lomakkeesta.