

Etelä- Savon sosiaali- ja terveystalvelujen ky.
Kirjaamo
Porrassalmenkatu 35 – 37
50100 MIKKELI

Saapumispäivämäärä:

Vastaanottaja:

Diariointinumero:

Asiakkaan mukana olevista tavaroista (mm. vaatteet, matkapuhelimet, arvotavarat) huolehtiminen kuuluu ensisijaisesti asiakkaalle itselleen tai hänen läheiselleen. Sama käytäntö koskee mahdollisia potilaan välittömiä siirto- kuljetuksia.

Essote ei korvaa taloudellisia vahinkoja (varallisuusvahinko), jotka eivät ole yhteydessä henkilö- tai esinevahinkoihin. Essote korvaa omalla toiminnallaan aiheuttamansa vahingon.

Essote vastaa vain luetteloidusta ja säilytykseen annetusta tai otetusta potilaan omaisuudesta.

| | | |
|--|--|---------------|
| ASIAKAS / HAKIJA | 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 KORVAUSTA HAETAAN | Missä toimipisteessä ja osastolla vahinko tapahtui? | |
| | Milloin vahinko tapahtui? | |
| VAHINGON KUVAUS | Mitä on tapahtunut? (Tarvittaessa erillisellä liitteellä.) | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| VAATIMUKSET | Asia / esine, josta korvausta haetaan | Anottava korvaus (€) |
|---|---------------------------------------|---|
| | | esim. arvio kadonneen tai vahingoittuneen omaisuuden hankintahinnasta (liitteeksi tositteet). Matkakustannusten korvausperusteena käytetään pääsääntöisesti yleisen kuluneuvon taksaa. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| KENELLE MAHDOLLINEN KORVAUS MAKSETAAN? | Tilinhaltijan nimi: | Pankki |
| | | Tilinumero |

| | |
|-------------------------------|---|
| SUOSTUMUS | <p>Suostun siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomainen tai muu sosiaali- ja terveyspalvelun järjestäjä tai tuottaja saa antaa minua koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän korvaushakemuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. kyllä <input type="checkbox"/> 2. ei</p> |
| | <p>Suostun siihen, että korvaushakemukseen annettava päätös voidaan antaa tiedoksi sosiaali-/ potilasasiamiehelle:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. kyllä <input type="checkbox"/> 2. ei</p> |
| PAIKKAKUNTA JA PÄIVÄYS | |

| | | |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| | | |
| ALLEKIRJOITUS | Asiakkaan tai hakijan allekirjoitus | Asiaa hoitavan henkilön allekirjoitus |
| | | |