

POTILAAN ILMOITUS Muualla asuva tarvitsee hoitoa Vaasassa

(Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta muualla kuin kotikunnassa 1.5.2011 lukien, jolloin maksusitoumusta ei enää tarvita.)

Tarvitsen pitempiaikaisen oleskelun vuoksi hoitosuunnitelmani mukaista hoitoa

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Kotikunta _____ Puhelin _____

Kotiosoite _____

Hoitava terveysasema _____

Kunta, jossa oleskelen tilapäisesti _____

Terveysasema _____

Osoite oleskelupaikkakunnalla _____

Tilapäisen oleskelun kesto _____

Paikka ja aika _____

Potilaan allekirjoitus _____

HOITOSUUNNITELMA (tarvittaessa erillinen liite)

Paikka ja aika _____

Hoitosuunnitelman antajan allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Lähetä / vie lomake sekä omalle hoitavalle terveysasemallesi että vastaanottavalle terveysasemalle. (Arkistoidaan potilaan kansioon)

Laskutusosoite: _____

