



## POTILAAN ILMOITUS tilapäisen hoidon tarve

(Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta muualla kuin kotikunnassa, 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Sosiaali- ja terveystoimi •

Yhteistoiminta-alue Laihia  
PL 502, 65101 Vaasa  
Vallinmäentie 43, 66400 Laihia  
Puh +358 (0)6 325 8111  
Fax +358 (0)6 312 1007  
etunimi.sukunimi@vaasa.fi