

VASTAANOTTAJAN MERKINNÄT

Päiväys	Vastaanottaja
---------	---------------

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite, johon pyydetyt tiedot postitetaan	Puhelin

VAHINKOTAPAHTUMAA KOSKEVAT TIEDOT

Paikka, jossa vahinko tapahtui (sairaala, osasto, pkl, muu yksikkö)	
Pvm, jolloin vahinko tapahtui	Mitä/mikä on vahingoittunut/kadonnut
Tarkka selostus tapahtumien kulusta ja vahingon syystä (liitteeksi tositteet ja muut tarpeelliset selvitykset) (HUOM! Tulostaa vain näkyvillä olevan tekstin. Tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)	

KORVAUSVAATIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT

Korvausvaatimus (€)	Arvio, johon vaadittu korvaussumma perustuu (liitteeksi tositteet)
Pankki ja tilinumero	

SITOUMUS

Annan suostumukseni siihen, että Etelä-Karjalan hyvinvointialue saa tiedot niistä minua koskevista sosiaalihuollon sekä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä salassa pidettävistä asiakirjoista, jotka ovat tarpeen vahingonkorvausta käsiteltäessä.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Allekirjoitus (pakollinen) ja nimenselvennys

Päiväys	Allekirjoituksen selvennys
---------	----------------------------