

Saapunut pvm.

(tarvittaessa voit käyttää erillistä liitettä)

|  |   |  |
|--|---|--|
| Hakijaa koskevat tiedot                | Nimi  | Syntymäaika  |
|  | Osoite  | Postinumero ja toimipaikka   |
|  | Puh.  |  |
| Vahinko-<br>tapahtumaa koskevat tiedot | Paikka, jossa vahinko tapahtui (sairaala, osasto, pkl)  |  |
|  | Pvm. jolloin vahinko tapahtui   |  |
|  | Tarkka selostus tapahtumien kulusta, aiheutuneesta vahingosta ja vahingon syystä (liitteeksi tositteet ja muut tarpeelliset selvitykset)  |  |
| Korvaus-<br>vaatimusta koskevat tiedot | Korvausvaatimus (euroa)   | Arvio, johon vaadittu korvaussumma perustuu (liitteeksi tositteet) |
|  | Pankki ja tilinumero  |  |
| Sitoumus                               | <b>Annan suostumukseni</b> siihen, että HUS saa tiedot niistä minua koskevista terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä salassapidettävistä asiakirjoista, jotka ovat tarpeen vahingonkorvausta käsiteltäessä.<br><b>Vakuutan</b> antamani tiedot oikeiksi. |  |
|  | Pvm.  | Allekirjoitus ja nimen selvennys                                   |

Ohje hakijalle: Hakemus palautetaan täytettynä sille osastolle/poliklinikalle/toimipisteelle, jossa vahinko tapahtui.

Työpiste täyttää

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| Työpisteen lausunto   | Osastonhoitajan/vahinkoon osallisen henkilökuntaan kuuluvan lausunto |               |
|   | Pvm.   | Allekirjoitus |
| Ylihoitajan/<br>työpisteen esimiehen lausunto ja kannanotto | <input type="checkbox"/> puollan Lausunto                            |               |
|   | <input type="checkbox"/> en puolla                                   |               |
|   | Pvm.   | Allekirjoitus |

Inkommit datum

(använd separat bilaga vid behov)

|                    |   |  |                            |
|--------------------|---|--|----------------------------|
| Den sökande        | Namn  |  | Födelseid                  |
|                    | Adress  |  | Postnummer och postanstalt |
|                    | Tfn   |  |                            |
| Skadehändelse      | Var inträffade skadan (sjukhus, avdelning, poliklinik)  |  |                            |
|                    | Datum då skadan inträffade  |  |                            |
|                    | Utförlig redogörelse av händelseförloppet, skadan och orsaken till skadan (bifoga kvitton och andra behövliga utredningar)  |  |                            |
| Ersättningsanspråk | Ersättningsanspråk (euro)   | Beräkning som skadeståndet grundar sig på (bifoga kvitton) |                            |
|                    | Bank och kontonummer  |  |                            |
| Förbindelse        | <p><b>Jag samtycker till</b> att HNS får ta del av de hälso- och sjukvårdsrelaterade sekretessbelagda uppgifter om mig som behövs vid behandlingen av skadeståndsansökan.</p> <p><b>Jag försäkrar</b> att de uppgifter jag lämnat är riktiga.</p> |  |                            |
|                    | Datum   | Underskrift och namnförtydligande                          |                            |

Anvisning för den sökande: Ansökan återsänds ifylld till den avdelning/poliklinik/det verksamhetsställe där skadan inträffade.

Fylls i av arbetsstället

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| Arbetsställets utlåtande  | Avdelningsskötarens utlåtande/utlåtande av anställd som varit delaktig i skadan. |             |  |
|   | Datum  | Underskrift |  |
| Överskötarens utlåtande och ställningstagande/ utlåtande och ställningstagande av arbetsställets chef | <input type="checkbox"/> bifaller  | Utlåtande   |  |
|   | <input type="checkbox"/> bifaller inte   |             |  |
| Datum   | Underskrift  |             |  |