

**Postitusosoite: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/kirjaamo, PL 52, 20521 TURKU**

Liitteet kpl

<b>1. Korvauksen hakijan tiedot</b>	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Postiosoite		
	Postinumero ja -toimipaikka		Puhelinnumero
<b>2. Tiedot korvauksen maksamista varten</b>	Vaaditun korvauksen määrä  euroa	Pankkitilin numero (IBAN)	
<b>3. Vahinkotapahtumaa koskevat tiedot mahdollisimman tarkasti</b>	Hakemus koskee <input type="checkbox"/> Henkilövahinkoa <input type="checkbox"/> Esinevahinkoa		Tapahuma-aika
	Tapahumapaikka (osaston numero tms.)		
	Muut osastot, joissa hakija on ollut hoidossa vahinkotapahtuman yhteydessä (osastojen numerot)		
	Sairaalan henkilökuntaan kuuluva, joka voi antaa asiasta lisätietoja		
	Kuvaus vahinkotapahtumasta ja perustelut korvauksen hakemisesta (liitteeksi mahdolliset tositteet/selvitykset)		
Lyhyt selvitys korvattavaksi haettavan esineen kunnosta, iästä tms.			
<b>4. Suostumus</b>	Suostun siihen, että terveyden- ja sairaalatoimintaa harjoittavat saavat antaa ne terveydentilaani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän vahingonkorvaushakemuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja viranomaisen, lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty.  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
<b>5. Allekirjoitus</b>	Päivämäärä	Hakijan tai valtuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys	
<b>6. Valtuutus</b>	Valtuutan		hoitamaan korvausasiaani
	Valtuutetun osoite ja puhelinnumero		
	Päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys	