

Hakijan tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
Lisätietojen antajan yhteystiedot, jos muu kuin hakija	

Vahinkotapahtuman tiedot

Hakemus koskee <input type="checkbox"/> Esinevahinkoa <input type="checkbox"/> Henkilövahinkoa	Tapahtuma-aika
Tapahtumapaikka (osaston numero tms.)	
Muut osastot, joissa hakija on ollut hoidossa vahinkotapahtuman yhteydessä (osastojen numerot)	
Kuvaus vahinkotapahtumasta ja perustelut korvauksen hakemiselle (liitteeksi tositteet ja muut tarpeelliset selvitykset: ostokuitit, kustannusarvio korjausarvio, osto- tai takuutodistus, lääkärinlausunto, valokuva)	

Esinevahingon tiedot

Vahingoittunut omaisuus	Ostovuosi	Ostohinta	Uuden vastaavan hinta	Vaadittu korvaus

Korvausvaatimuksen tiedot

Korvausvaatimus (euroa)	Pankkitilin numero (IBAN)
-------------------------	---------------------------

Allekirjoitus

Kymenlaakson hyvinvointialue saa tiedot niistä minua koskevista terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä salassa pidettävistä asiakirjoista, jotka ovat tarpeen tätä vahingonkorvausta käsiteltäessä, sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja viranomaisen lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty.	
Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Lomakkeen palautus

Kymenlaakson hyvinvointialue, kirjaamo, Keskuskatu 19, 48100 Kotka
