



POHJOIS-SUOMEN  
SYÖPÄYHDISTYS

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry  
Rautatienkatu 22 B 13  
90100 OULU  
0400 610 292, [tarja.tikkanen@pssy.org](mailto:tarja.tikkanen@pssy.org)

## SYÖPÄHOITOJEN KORVAUSHAKEMUS

Potilaan nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Pankkiyhteys \_\_\_\_\_

Diagnoosi \_\_\_\_\_

Hoitoaika, hoidossa tai pkl:lla käyntipäivät

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hoitovuorokaudet, hoidossa tai pkl:lla käynnit yhteensä \_\_\_\_\_

Sairaalan tai tk:n nimi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Korvaus yhteensä \_\_\_\_\_

### SUOSTUMUS TIETOJEN KÄSITTELYYN

Annan Pohjois-Suomen Syöpäyhdistyksen syöpähoitojen korvaushakemuksia hoitaville työntekijöille luvan käsitellä tässä hakemuksessa antamani terveys- ja muita henkilötietojani. Kaikki toimittamani tiedot käsitellään luottamuksellisina. Sähköisessä muodossa olevat tiedot on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kirjallisessa muodossa olevia tietoja säilytetään lukitussa kaapissa, johon on pääsy vain syöpähoitojen korvaushakemuksia hoitavilla työntekijöillä. Syöpähoitojen korvaushakemusta ja siinä antamani tietoja säilytetään hakemusvuosi ja kuusi seuraavaa vuotta (kirjanpitolaki), jonka jälkeen tiedot hävitetään.

Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hakijan allekirjoitus

Sairaalan edustajan

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Ammatti

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Sairaalan leima

## POHJOIS - SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS ry

### OHJEET KORVAUKSEN HAKEMISESTA

- Korvausta maksetaan Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n **jäsenelle syöpätaudista aiheutuneista poliklinikka- ja sarjahoitokäynneistä (sytostaatti-, säde- ja lymfahoidoista), hammashoidoista, päivähoitokirurgisista toimenpiteistä, sairaalan, terveyskeskuksen tai kotisairaalan hoitovuorokausimaksuista**. Hoitopäiviksi luetaan myös sairaalan tai terveyskeskuksen tulo- ja lähtöpäivä.
- **Korvausta maksetaan kuudelta (6) kuukaudelta takautuvasti ja sitä on haettava 6 kk:n sisällä hoidon alkamisesta**. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että yhdistyksen kuluvan vuoden jäsenmaksu on suoritettu. Jäsenyys katsotaan alkaneeksi, kun tieto jäseneksi liittymisestä on tullut toimistoomme.
- Maksettaessa syöpähoitojen korvausta alle 18-vuotiaan lapsen hoidon perusteella tulee ainakin toisen lapsen vanhemmista tai holhoojista olla yhdistyksen jäsen. Alle 18-vuotiaan lapsen hoitopäivistä korvataan omavastuu-aika (7 vuorokautta).
- Hakemus tulee täyttää huolellisesti ja siinä tulee näkyä hoitoaika tai päivät, jolloin on saanut hoitoa tai käynyt poliklinikalla. Sairaalan tai terveyskeskuksen työntekijän (esim. sosiaalityöntekijän tai sairaanhoitajan) allekirjoittaessa hakemuksen laskujäljennöstä ei tarvitse liittää mukaan. Jos hakemuksessa ei ole hoitopaikan työntekijän allekirjoitusta liitetään hakemukseen jäljennös laskusta, jossa näkyy hoitoaika tai käynnit hoidossa. Lisäksi on esitettävä hoitoseloste tai muu luotettava selvitys siitä, että hakija on ollut hoidettavana syöpäsairauden vuoksi.
- Korvauksen määrä vahvistetaan vuosittain yhdistyksen vuosikokouksessa. Sen määrä on tällä hetkellä kaksi euroa (2 €) hoitopäivältä.
- Korvausta maksetaan enintään sadalta (100) poliklinikka- tai hoitokäynniltä ja hoitovuorokaudelta yhteensä kalenterivuotta kohti.
- **Pienin kerralla maksettava korvaus on 10 euroa.**
- Yhdistys ei säilytä korvaushakemusten liitteitä.

Ohjeet hyväksytyt Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n hallituksen kokouksessa 16.4.2018.