# Lapsisyöpäpotilaan hoitopäiväkorvaushakemus

|  |  |
| --- | --- |
| Jäsennumero: |  |
| Potilaan nimi ja syntymäaika: |  |
| Osoite: |  |
| Huoltajan nimi: |  |
| Pankkiyhteys (IBAN): |  |

Korvausta haetaan ajalta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poliklinikkakäynnit\_\_\_\_\_\_\_\_\_/kertaa

Sarjahoidot\_\_\_\_\_\_\_\_/kertaa

Osastohoito\_\_\_\_\_\_\_/vuorokautta

**Tiedot hoitopäiväkorvauksiin oikeuttavista tapahtumista on saatu lasten hematologisen osaston kuntoutusohjaajalta.**

Päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sairaalan edustaja allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitoyksikkö ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Lomakkeen palauttaminen

Lomake liitteineen palautetaan osoitteella:

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys

”Hoitopäiväkorvaukset”

Seiskarinkatu 35

20900 Turku

## Lisätiedot

Jäsentoimisto palvelee puhelimitse maanantaista perjantaihin klo 9.00–16.30 numerossa 044 451 5565.