

Ilmoitus tilapäisestä kiireettömän hoidon tarpeesta kakkoispaikkakunnalla

Täytetään erikseen jokaisesta tilapäisen hoidon tarpeesta olevasta perheenjäsenestä.

Henkilötiedot	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	
	Katuosoite ja postitoimipaikka	
	Puhelinnumero	Kotikunta
Hoidosta vastaava kunta ja terveysasema		
Tilapäisen hoidon kunta ja terveysasema		
Ajanjakso, jolloin palveluita tarvitaan	/ 20 - / 20	
Tilapäisen oleskelun syy	<input type="checkbox"/> työ <input type="checkbox"/> vapaa-aika <input type="checkbox"/> lähiomainen / läheinen <input type="checkbox"/> muu syy, mikä ?	
Allekirjoitus	Päiväys Asiakkaan allekirjoitus	

Terveydenhuoltolain § 47 mukaisesti henkilön oleskellessa toisella paikkakunnalla säännönmukaisesti tai pidempiaikaisesti työn, vapaa-ajan, lähiomaisen/läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, voi hän käyttää terveyspalveluja hoitosuunnitelman mukaisesti myös oman kotikuntansa ulkopuolella. Tilapäisen hoidon tarpeesta ilmoitetaan kirjallisesti sekä kotikunnalle että kakkoispaikkakunnan terveyspalveluille **vähintään kolme viikkoa ennen ensimmäistä käyntiä** kakkoispaikkakunnan terveyskeskuksessa. Lomakkeen liitteeksi liitetään oman kotikunnan terveyskeskuksen laatima **hoitosuunnitelma**.

Lomake postitetaan osoitteeseen:
Loviisan perusturvakeskus, PL 89,
07901 Loviisa

Perusturvakeskus täyttää
Lomake vastaanotettu pvm
Hoitosuunnitelma toimitettu pvm

Laskutustiedot kakkoispaikkakuntien terveyskeskuksille:

Paperilaskut: Loviisan kaupunki, 003702032639, PL 299, 02066 DOCUSCAN

verkkolaskutusosoite: 003702032639, verkkolaskutusoperaattori Telia, välittäjä tunnus 003703575029