

Lapsisyöpäpotilaan hoitopäiväkorvaushakemus

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

Korvausta haetaan ajalta: _____

Poliklinikkakäynnit _____/kerta

Sarjahoidot _____/kerta

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

Toimisto palvelee korvausasioissa maanantaisin ja torstaisin klo 9.00–15.00

- korvauskäsittelijä 044 960 4938
- jäsentoimisto 02 2657 913, jäsentoimisto@lssy.fi