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

Katso yhteystiedot osoitteesta www.lounais-suomensyopayhdistys.fi/yhteystiedot