

Kansaneläkelaitos  
Kansainvälisten asioiden keskus  
PL 78  
FI-00381 Helsinki  
FINLAND

HAKUAIKA	6 kuukautta maksun suorittamisesta	Liitteet _____ kpl
1 HAKIJA (potilas)	Henkilötunnus <input type="text"/>	Sukunimi ja etunimet _____ Puhelinnumero <input type="text"/> Sähköpostiosoite _____
2 TILINUMERO	IBAN-tilinumero _____ BIC-pankkitunniste _____	
3 KUSTANNUSTEN SYNTYMINEN	Tarvitsitko matkasi aikana äkillisesti sairaanhoitoa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä Ovatko kustannukset aiheutuneet <input type="checkbox"/> liikennevahingosta <input type="checkbox"/> työtapaturmasta <input type="checkbox"/> ammattitaudista Oletko saanut tai hakenut korvausta kustannuksiin muualta? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mistä? _____ Miksi tarvitsit hoitoa? Missä sait hoitoa? _____	

4 KUSTANNUKSET Toimita hakemuksen liitteenä maksukuitit, lääkemääräykset ja saamasi selvitykset annetusta hoidosta.

Maa	Missä maassa kustannukset ovat syntyneet?		
Lääkärissä käynti	Hoidon antaja <input type="checkbox"/> Yleislääkäri <input type="checkbox"/> Erikoislääkäri		
	Hoitopaikka		
	Käyntipäivät	Kustannukset	Valuuttayksikkö
Hammaslääkärissä käynti	Hoidon antaja <input type="checkbox"/> Hammaslääkäri <input type="checkbox"/> Erikoishammaslääkäri		
	Hoitopaikka		
	Käyntipäivät	Kustannukset	Valuuttayksikkö
Lääkärin ja hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito	Tehty tutkimus / annettu hoito		
	Tutkimuspaikka / hoitopaikka		
	Käyntipäivät	Kustannukset	Valuuttayksikkö
Reseptilääkkeet	1. Lääkkeen nimi	Pakkausko	Vahvuus
	Ostopäivä	Kustannukset	Valuuttayksikkö
	2. Lääkkeen nimi	Pakkausko	Vahvuus
	Ostopäivä	Kustannukset	Valuuttayksikkö
	3. Lääkkeen nimi	Pakkausko	Vahvuus
	Ostopäivä	Kustannukset	Valuuttayksikkö

5 MATKAT Toimita hakemuksen liitteenä maksukuitit ja terveydenhuollon selvitys erityisajoneuvon ja saattajan tarpeellisuudesta.

**Menomatka**

Matkapäivä Matkareitti Kulkuneuvo Kustannukset Valuuttayksikkö

---



---

Onko sinulla terveydenhuollon selvitys erityisajoneuvon tarpeesta?

Kyllä; toimitan selvityksen hakemuksen liitteenä.  Ei

**Paluumatka**

Matkapäivä Matkareitti Kulkuneuvo Kustannukset Valuuttayksikkö

---



---

Onko sinulla terveydenhuollon selvitys saattajan tarpeellisuudesta?

Kyllä; toimitan selvityksen hakemuksen liitteenä.  Ei

Saattaja Saattajan nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite

Onko sinulla terveydenhuollon selvitys saattajan tarpeellisuudesta?

Kyllä; toimitan selvityksen hakemuksen liitteenä.  Ei

Yöpyminen

Hakija (potilas)  Saattaja

Yöpymissen ajankohta

Kustannukset

Valuuttayksikkö

Syy yöpymiseen

6  
KORVAUS-  
MENETTELY

**Jos sairastuit äkillisesti toisessa EU- tai Eta-maassa tai Sveitsissä, valitse jompikumpi alla olevista vaihtoehdoista.**

Pyydämme huomioimaan, että

- hoitoa antaneen maan lainsäädännön mukainen korvauskäsittelyaika voi olla pitkä. Kela ei pysty antamaan yksityiskohtaisia tietoja muiden maiden korvauslainsäädännöstä eikä maksettavan korvauksen määrästä.
- jos hakeuduit omatoimisesti hoitoon toiseen EU- tai Eta-maahan tai Sveitsiin tai jos sairastuit muualla kuin näissä maissa, korvaus maksetaan Suomen sairausvakuutuslain mukaan.
- jos hakeuduit hoitoon ennakkoluvalla, lääke- ja matkakustannuksesi korvataan Suomen sairausvakuutuslain mukaan.

Suomen lainsäädännön mukainen korvauskäsittely

Korvausperusteena käytetään vastaavan hoidon kustannusta kotikuntasi julkisessa terveydenhuollossa. Jos ulkomailla annetun hoidon kustannus on ollut pienempi kuin vastaavan hoidon kustannus kotikunnassasi, käytetään korvausperusteena ulkomailla syntyneen hoidon kustannusta. Korvausperusteesta vähennetään asiakasmaksu, jonka olisit maksanut kotikunnassasi.

Hoitoa antaneen maan lainsäädännön mukainen korvauskäsittely

7  
LIITTEET

**Kohta 4 Kustannukset**

- Maksukuikit
- Lääkemääräys
- Selvitys annetusta hoidosta

**Kohta 5 Matkat**

- Maksukuikit
- Terveydenhuollon selvitys erityisajoneuvon tarpeesta
- Terveydenhuollon selvitys saattajan tarpeesta

8  
LISÄTIETOJA

Lisätietoja eri paperilla. Kirjoita paperiin nimesi ja henkilötunnuksesi.

9  
ALLEKIRJOITUS

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.**

Päiväys

Hakijan allekirjoitus

10  
VALTAKIRJA

Valtuutan alla mainitun henkilön saamaan minulle myönnettävän korvauksen.

Valtuutetun henkilön nimi

Henkilötunnus

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

Päiväys

Hakijan allekirjoitus