



Lisätietoja: www.kela.fi/tyoterveyshuolto
Käsittelypaikkojen yhteystiedot löydät:
www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot



Täytä lomake huolellisesti.
Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme sinuun yhteyttä.

- i** Tällä lomakkeella voit yrittäjänä tai maatalousyrittäjänä hakea korvausta vain itsellesi järjestämän työterveyshuollon seuraavista kustannuksista:
- työterveyshuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi arvioimista ensiaputarvikkeista ja ensiapukoulutuksesta ja niihin liittyvistä kustannuksista
 - työterveyshuoltokäynteihin liittyvistä matkakustannuksista.

Korvausta työterveyshuollon kustannuksista voidaan maksaa vain, jos

- maksat YEL- ja/tai MYEL-vakuutusta
- sinulla on voimassa oleva, työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa tehty kirjallinen sopimus
- työpaikkaselvitys tai tilakäynti raportteineen on tehty
- työterveyshuollon toimintasuunnitelma on ajantasainen ja perustuu työpaikkaselvitykseen.

Hakuaika: 6 kuukautta kustannusten maksamisesta

1. Yrittäjän tiedot

Henkilötunnus Sukunimi ja etunimi

Puhelinnumero Sähköpostiosoite

- i** Osoitetiedot Kela saa väestötietojärjestelmästä.

Toimiala ja toimialanumero

Maksan YEL-vakuutusta ja/tai MYEL-vakuutusta

2. Tilinumero

- i** Tilinumero, johon haluat korvauksen maksettavan. Jos pankkitili on ulkomailla, ilmoita myös BIC-tunnus.

Ilmoita halutessasi viitenumero tai viestitieto: _____

- i** Valtakirjalla voit valtuuttaa yrityksen tai toisen henkilön saamaan sinulle myönnettävän korvauksen. Ilmoita valtuutetun tiedot kohdassa 9. Valtakirja.

3. Perustiedot yrittäjän työterveyshuoltosopimuksesta ja siihen sisältyvistä palveluista

Työterveyshuollon palveluntuottajan tiedot ja työterveyshuoltosopimuksen sisältö

Työterveyshuoltosopimus on tehty

- kunnallisen terveyskeskuksen kanssa
 yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa

Työterveyshuollon palveluntuottajan nimi, jonka kanssa olet tehnyt työterveyshuoltosopimuksen

Toimipaikka, jossa työterveyshuoltopalvelut on sinulle annettu

Toimipaikan osoitetiedot

Työterveyshuoltosopimus sisältää

- ehkäisevän työterveyshuollon palvelut (esimerkiksi työterveyshuollon tekemä työpaikkaselvitys, toimintasuunnitelma, terveystarkastukset)
 sairaanhoidon palvelut (esimerkiksi työterveyshoitajan ja lääkärin antamat sairaanhoitopalvelut)

Onko lisäksi sovittu etäpalveluista? Kyllä Ei

Yrittäjän työpaikkaselvitykseen ja toimintasuunnitelmaan liittyvät tiedot

i Työterveyshuollon toimintasuunnitelman on perustuttava työpaikkaselvitykseen.

Työpaikkaselvitys on tehty (maatalousyrittäjällä tilakäynti) Kyllä Ei

Työterveyshuollon toimintasuunnitelman voimassaoloaika _____.

Milloin toimintasuunnitelma on alunperin hyväksytty? _____.

4. Työhön liittyvät ensiaputarvikkeet ja ensiapukoulutus

i Voit saada korvausta näistä kustannuksista vain, jos työterveyshuollon ammattihenkilö on työpaikkaselvityksen/tilakäynnin perusteella arvioinut ensiaputarvikkeiden ja ensiapukoulutuksen tarpeen.

Onko työterveyshuollon ammattihenkilö arvioinut ensiaputarvikkeiden ja -koulutuksen tarpeen ja onko arvio kirjattu työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan?

Kyllä Ei

Erittele yksityiskohtaisesti hankkimasi ensiaputarvikkeet ja ensiapukoulutus. Liitä mukaan tarvittaessa laskuerittelyt.

Esim. sidetarvikkeet, ensiapukaappi tai -laukku perustarvikkeineen, ensiavun peruskurssi.

Maksupäivä

Kustannukset
(ilman alv-osuutta)

Ensiaputarvikkeiden ja -koulutuksen kustannukset yhteensä



5. Matkat

- i** Voit hakea korvausta työterveyshuoltoon liittyvien käyntien matkakustannuksista.
Ilmoita erikseen työterveystarkastuksiin ja ensiapukoulutuksiin sekä sairauden hoitoon liittyvät matkat.

Työterveystarkastus ja/tai siihen liittyvä tutkimuskäynti, ohjaus- ja neuvontakäynti yksilöllisesti (esim. fysioterapeutin antama ohjaus ja/tai neuvonta) **tai ryhmässä** (esim. ensiapukoulutus)

Matkapäivä	Matkareitti	Käytetty kulkuneuvo	Km	Kustannukset (ilman alv-osuutta)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Kustannukset yhteensä				_____

Sairauden hoitoon (esim. lääkärin vastaanotto, fysioterapiassa käynti) **ja/tai siihen liittyvä tutkimuskäynti**

Matkapäivä	Matkareitti	Käytetty kulkuneuvo	Km	Kustannukset (ilman alv-osuutta)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Kustannukset yhteensä				_____

6. Liitteet

- Mahdolliset liitteet, mitkä? Esim. laskuerittely.

7. Lisätietoja

- i** Merkitse numerolla, mihin lomakkeen kohtaan viittaat.

8. Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Päiväys

Yrittäjän tai muun omaa työtään tekevän allekirjoitus ja nimen selvennys



9. Valtakirja

Valtuutan alla mainitun yrityksen tai henkilön saamaan minulle myönnettävän korvauksen.

Valtuutetun yrityksen nimi ja Y-tunnus tai valtuutetun henkilön nimi ja henkilötunnus

Valtuutetun yrityksen tai henkilön osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Valtuutetun yrityksen tai henkilön tilinumero

Yrityksen edustajan nimi ja puhelinnumero

Päiväys

Yrittäjän allekirjoitus ja nimen selvennys

