



Lisätietoja [www.kela.fi/tyoterveyshuolto](http://www.kela.fi/tyoterveyshuolto)  
Käsittelypaikkojen yhteystiedot löydät  
[www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot](http://www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot)



Täytä hakemus 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 matkakustannuksistasi.

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 terveystieteiden keskuksen 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)

#### Yrittäjän työpaikkaselvitykseen, toimintasuunnitelmaan ja työkyvyn hallintaan liittyvät tiedot

**i** Työterveyshuollon toimintasuunnitelman on perustuttava työpaikkaselvitykseen.

Työpaikkaselvitys on tehty (maatalousyrittäjällä tilakäynti)  Kyllä  Ei

Työterveyshuollon toimintasuunnitelman voimassaoloaika \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Olen sopinut työterveyshuollon kanssa työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintakäytännöstä

Toimintakäytäntö on kirjattu toimintasuunnitelmaan  Kyllä  Ei

#### 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 työterveyslääkäri tai työterveyshoitaja arvioinut ensiaputarvikkeiden ja -koulutuksen tarpeen ja arvio on kirjattu työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan?

Kyllä  Ei

#### Erittele yksityiskohtaisesti hankkimasi ensiaputarvikkeet ja liitä mukaan tarvittaessa laskuerittelyt

Esimerkiksi sidetarvikkeet, ensiapukaappi tai -laukku perustarvikkeineen.

**Maksupäivämäärä**

**Kustannukset**  
(ilman alv-osuutta)

#### Ensiapukoulutus

**i** Voit saada korvausta ensiapukoulutuksen kustannuksista vain, jos ensiapukouluttaja on Suomen Punaisen Ristin (SPR) kouluttama pätevä ensiavun ja terveystiedon kouluttaja (ETK).

Onko ensiapukouluttajalla pätevyys (ETK/SPR)?  Kyllä  Ei

#### Suoritettu kurssi

- Ensiapukurssi I  
 Ensiapukurssi II  
 Hätäensiapukurssi tai Ensiavun kertauskurssi

**Maksupäivämäärä**

**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)

| Matkapäivämäärä              | Matkareitti | Käytetty kulkuneuvo | Km    | Kustannukset (ilman alv-osuutta) |
|------------------------------|-------------|---------------------|-------|----------------------------------|
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| <b>Kustannukset yhteensä</b> |             |                     |       | _____                            |

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

| Matkapäivämäärä              | Matkareitti | Käytetty kulkuneuvo | Km    | Kustannukset (ilman alv-osuutta) |
|------------------------------|-------------|---------------------|-------|----------------------------------|
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| _____                        | _____       | _____               | _____ | _____                            |
| <b>Kustannukset yhteensä</b> |             |                     |       | _____                            |

## 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

