

För ansökan om ersättning ska till denna utredning fogas blanketten Undersöknings- och behandlingsordination för fysioterapi (SV 3FMr) i original som getts av läkaren.

Ersättning kan sökas på en och samma gång för en hel vårdperiod eller separat för ett eller flera besökstillfällen.

Om ersättning söks mitt i en vårdperiod antecknar vårdgivaren de besöksdagar då vården getts även på blanketten för undersöknings- och behandlingsordination. Utredning om följande vårdtillfällen ska alltid lämnas på ny blankett.

*) Ifylls när ersättning söks mot redovisning i samband med direktersättningsförfarande.

Patientens namn		Personbeteckning	
Läkarens identifikationskod	Ordinationen utfärdad av	Datum då ordinationen utfärdats	Antal ordinerade vårdtillfällen

Vården har getts hemma hos patienten.
 Restiden i samband med hembesök (tillägg per påbörjad kvartstimme) och den avgift som tagits ut antecknas per besöksdag under koden 300d.
 Restiden antecknas i åtgärds-kolumnen, t.ex. 15 min X 2.

Besöksdag	Kod	Åtgärd	Kostnad	Ersättning *)

YTTRELLIGARE UPPGIFTER	Kostnader totalt	Ersättningar totalt
------------------------	------------------	---------------------

FYSIOTERAPEUT OCH SERVICE-PRODUCENT	Fysioterapeutens namn och registreringsnummer, serviceproducentens namn eller stämpel, telefonnummer	Självrisk
-------------------------------------	--	-----------

UNDERSKRIFT	Ort och datum. Fysioterapeutens eller serviceproducentens underskrift och namnförtydligande
-------------	---



Ansökan om ersättning

för sjukvårdskostnader som omfattas av sjukförsäkringslagen och som uppkommit i Finland

Bilagor _____ st.

Sökandens personbeteckning

ANSÖKNINGSTID 6 månader från det att kostnaden betalades.

1 SÖKANDEN (patienten)	Efternamn och alla förnamn
	Näradress Stadigvarande boendekommun
	Postnummer Postanstalt
	Telefonnummer E-postadress

2 BETALNINGS- ADRESS	IBAN-kontonummer
	BIC-kod

3 ERSÄTTNING FRÅN ANNAT HÅLL ÄN FPA	Har kostnaderna uppkommit till följd av <input type="checkbox"/> trafikskada <input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet
	Försäkringsbolagets namn _____

4 UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga. Ort och datum	Underskrift av sökanden, dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, en nära anhörig eller en annan person som primärt sköter sökandens angelägenheter samt namnet förtydligt
------------------	---	---

5 FULLMAKT	Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda person/arbetsgivare att lyfta min ersättning enligt sjukförsäkringslagen.
	Den befullmäktigades namn Personbeteckning
	Den befullmäktigade arbetsgivarens namn Arbetsgivarens ombuds namn och telefonnummer
	Näradress
	Postnummer Postanstalt
	Ort och datum Underskrift av sökanden eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare samt namnet förtydligt

Ni kan lämna in Er ansökan om ersättning till FPA efter att kostnaderna har betalats.

Bifoga läkarens eller tandläkarens utredning över behandlingen och de arvoden som uppburits. Bifoga också undersöknings- och behandlingsordinationerna och utredningarna över de behandlingar och undersökningar som utförts på basis av dem.

Bifoga apotekets utredning om Era läkemedelskostnader ifall Ni inte har fått ersättning på apoteket.

För kostnader som uppstått utomlands ansöker man om ersättning med blanketten SV 128r Ansökan om ersättning av sjukvårdskostnader som uppstått utomlands.

För ansökan om resekostnadsersättning används särskilda reseersättningsblanketter.

Om Ni behöver kopior av de utredningar som Ni lämnar in, t.ex. för försäkringsbolag, ska Ni skaffa kopiorna innan Ni lämnar in utredningarna till FPA eller arbetsplatskassan.

Kostnader för privat hälso- och sjukvård och läkemedelskostnader som uppkommit under den tid en person vårdats på ett offentligt sjukhus, ålderdomshem eller en annan motsvarande inrättning ersätts inte.

