**Hakemus voidaan ottaa käsittelyyn vain, mikäli hakemuslomakkeen kaikki kohdat on huolellisesti täytetty.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nimi: |       |
| Henkilötunnus: |       |
| Ehdotettu toimenpide: |       |

|  |
| --- |
| **Vastaa kaikkiin alla esitettyihin kysymyksiin:** |
| Ammattisi tai tehtävänimikkeesi:  |       |
| Kuvaile tärkeimmät työtehtäväsi työpäivän aikana: |       |
| Miten nykyinen sairaus vaikuttaa työssä selviytymiseen: |       |
| Onko työtehtäviäsi muokattu sairauden johdosta: | [ ] Ei[ ] On; Miten tehtäviä on muokattu       |
| Oletko ollut sairauslomalla tämän sairauden vuoksi | [ ] En ole[ ] Olen ajalla       |
| Lähete julkiseen terveydenhuoltoon tehty (pakollinen, ei terapiahakemuksiin) |       pvm |

**Suostun siihen, että nämä tiedot voidaan viedä sairauskassan hallitukselle ja kassan asiantuntijalääkärille.**

|  |  |
| --- | --- |
| Päiväys ja allekirjoitus sekä yhteystiedot | allekirjoitus       |
| puhelin      | sähköposti      |

**Asiantuntijalääkärin arvio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puollan/en puollaAsiantuntijalääkärinallekirjoitus: | Toimenpide on välttämätön työkyvyttömyyden estämiseksi sekä työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi. Perustelut:

|  |
| --- |
|       |

 |

**Myönnetyn maksusitoumuksen palveluntuottajasta päättää sairauskassan hallitus.**

**Maksusitoumus on voimassa 7 päivää siitä, kun olet saanut myönteisen päätöksen. Mikäli viivästys johtuu leikkaavasta tahosta, aikaa voidaan pidentää 7pv + 14 pv. Viivästyksen sattuessa ota yhteys kassanjohtajaan**