**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 puolla  Asiantuntijalääkärin  allekirjoitus: | 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**