

Päivähoito

Peruskoulu

Lukio / Varia



Vahingoittuneen lapsen / oppilaan / opiskelijan tiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Jakeluosoite		Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköposti (yli 18 v.)	
	Pankkiyhteys		
	Päiväkoti / perhepäiväkoti / leikkipuisto / koulu / oppilaitos		Opettajan / luokanvalvojan nimi ja luokkatunnus
Huoltajan tiedot	Nimi		Henkilötunnus *)
	Jakeluosoite (jos eri kuin vahingoittuneen)		Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköposti	
	Pankkiyhteys		
Selvitys tapaturmasta	Tapaturman tapahtumispäivä		kellonaika
	Tapaturma sattui päivähoidon / koulupäivän aikana <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Kyseisenä päivänä hoito- / koulupäivä alkoi klo päättyi klo
	Valvojien nimet		Paikalla olleet lapset (päivähoito) alle 3 v. yli 3 v.
	Miten ja missä tapaturma tapahtui		
	Onko kyseessä <input type="checkbox"/> uusi vamma <input type="checkbox"/> vanha vamma		milloin ja missä
	Oliko kyseessä pahoinpitely <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Osalliset	
	Rikosilmoitus <input type="checkbox"/> on tehty <input type="checkbox"/> tehdään		<input type="checkbox"/> Rikosilmoitusta ei tehdä
	Mikä ruumiinosa vahingoittui, selostus vamman laadusta		
	Kuvaus tapahtumapaikasta, olosuhteista ja vahingoittuneen tilanteesta		

Hoitotoimenpiteet	Ensiapu aloitettiin _____ minkäläistä ensiapua annettiin
	klo _____ <input type="checkbox"/> päivähoidossa <input type="checkbox"/> koulussa / oppilaitoksessa <input type="checkbox"/> terveysasemalla <input type="checkbox"/> sairaalassa <input type="checkbox"/> koulun hammashoitolassa <input type="checkbox"/> yksityisellä lääkäriasemalla Lähetä saatu terveysasemalta <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Korvauksia haetaan yksityistapaturmavakuutuksesta <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	Jatkohoito
	Paikka _____ päivämäärä _____ kellonaika _____
Hoitoon liittyvät kuljetuskustannukset	Ensiapuhoitoon liittyvä kuljetus sairaanhoitopaikkaan
	Kulkuneuvo _____ Kilometrimäärä (haettaessa korvauksia oman auton käytöstä) _____ Reitti _____
Haettavat korvaukset	Korvauksia haetaan <input type="checkbox"/> hoidon yhteydessä määrättyistä lääkkeistä ja hoitotarvikkeista lääkärin määräyksen mukaan _____ €
	<input type="checkbox"/> lääkärinhoitoa edellyttävässä tapaturmassa käytössä rikkoutuneiden silmälasien korjauskustannuksista tai entistä vastaavista hankintakustannuksista. (Silmälasien rikkoutuessa siten, ettei niitä voi korjata, tulee rikkoutuneet lasit toimittaa sivistysvirastoon tapaturmaselvityksen yhteydessä.) _____ €
	<input type="checkbox"/> ensiapuluonteisen hoidon antamisen yhteydessä rikotuista vaatteista (korvausten suorittamiseksi vaaditaan hoitohenkilökunnan antama todistus) _____ €
	<input type="checkbox"/> muu, mikä _____ €
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lasku(t) <input type="checkbox"/> Alkuperäiset kuitit maksetuista kustannuksista <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus / hammaslääkärin lausunto <input type="checkbox"/> Taksikortit ja kuitit matkoista <input type="checkbox"/> muu, mikä
Päiväys ja allekirjoitukset	Päiväys _____ Päiväys _____
	Huoltajan / opiskelijan allekirjoitus _____ Tapaturman todistajan / välituntivalvojan / johtajan / rehtorin allekirjoitus _____