

RATKAISUSUOSITUSPYYNTÖ

Potilas	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimet <input type="checkbox"/> Potilas kuollut	
Postiosoite		
Postinumero ja postitoimipaikka		
Alaikäisen tai vajaavaltaisen edunvalvojan nimi ja osoite		
Asiamiehen / kuolinpesän yhteystiedot		

Potilasvakuutuskeskuksen käsittelytunnus	
Hoitolaitos, jota ilmoitus koskee	
Muut hoitolaitokset, joissa potilasta on tutkittu ja hoidettu	

Ratkaisusuosituspyyntö

(miltä osin olette tyytymätön
Potilasvakuutuskeskuksen
korvauspäätökseen)

Jatkakaa tarvittaessa eri liitteellä

Allekirjoitus

Päiväys ____/____ ____
Allekirjoitus ja nimenselvennys