



## SELVITYS TAPATURMASTA

Päivähoito     Peruskoulu     Lukio / Varia

<b>Vahingoittuneen lapsen / oppilaan / opiskelijan tiedot</b>	Nimi		Henkilötunnus *)
	Jakeluosoite		Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköposti (yli 18 v.)	
	Pankkiyhteys *)		
	Päiväkoti / perhepäiväkoti / leikki puisto / koulu / oppilaitos		Opettajan / luokanvalvojan nimi ja luokkatunnus
<b>Huoltajan tiedot</b>	Nimi		Henkilötunnus *)
	Jakeluosoite (jos eri kuin vahingoittuneen)		Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköposti	
	Pankkiyhteys *)		
<b>Selvitys tapaturmasta</b>	Tapaturman tapahtumispäivä		
	klo		
	Tapaturma sattui päivähoidon / koulupäivän aikana		Kyseisenä päivänä hoito- / koulupäivä
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	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 väkivaltatilanne		Osalliset	
<input type="checkbox"/> Ei			
<input type="checkbox"/> Kyllä			
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			

\*) vaaditaan korvausten maksamista varten

<b>Hoito-toimenpiteet</b>	Ensiapu aloitettiin _____ minkäläistä ensiapua annettiin		
	klo _____ <input type="checkbox"/> päiväkodissa <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
<b>Hoitoon liittyvät kuljetuskustannukset</b>	Ensiapuhoidon liittyvä kuljetus sairaanhoitopaikkaan		Km-määrä (haettaessa korvauksia oman auton käytöstä)
	Kulkuneuvo		
	Reitti		
<b>Haettavat korvaukset</b>	Korvauksia haetaan		
	<input type="checkbox"/> hoidon yhteydessä määrättyistä lääkkeistä ja hoitotarvikkeista lääkärin määräyksen mukaan.	_____	€
	<input type="checkbox"/> ensiapuluonteisen hoidon antamisen yhteydessä rikotuista vaatteista (korvausten suorittamiseksi vaaditaan hoitohenkilökunnan antama todistus).	_____	€
<input type="checkbox"/> muu, mikä	_____	€	
<b>Liitteet</b>	<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		
<b>Päiväys ja allekirjoitukset</b>	Päiväys		Päiväys
	Huoltajan / opiskelijan allekirjoitus		Tapaturman todistajan / välintuntivalvojan / johtajan / rehtorin allekirjoitus