

Hoito annettu

☐ yleislääkärinä☐ erikoislääkärinä

\*) Täytä suorakorvausmenettelyssä.

Potilaan nimi

Henkilötunnus

☐ Kysymyksessä on sairaus, raskaus tai synnytys

Vastaanottokäynti	Käyntipäivä	Koodi	Käynnin pääasiallinen syy, ICD-koodi	Kustannus	Korvaus *)
		<input type="checkbox"/> 0101a, enintään 10 min			
		<input type="checkbox"/> 0101b, enintään 20 min			
		<input type="checkbox"/> 0101c, enintään 30 min			
		<input type="checkbox"/> 0101d, enintään 45 min			
		<input type="checkbox"/> 0101e, enintään 60 min			
Etävastaanotto- käynti		<input type="checkbox"/> E101a, enintään 10 min			
		<input type="checkbox"/> E101b, enintään 20 min			
		<input type="checkbox"/> E101c, enintään 30 min			
		<input type="checkbox"/> E101d, enintään 45 min			
		<input type="checkbox"/> E101e, enintään 60 min			
Kotikäynti		<input type="checkbox"/> 0102, enintään 60 min			
		<input type="checkbox"/> 0103, yli 60 min	Tuntia pitempi käynti kestänyt _____ t _____ min		
Lääkärin- lausunto		<input type="checkbox"/> 0107, Lääkärintodistus A tai Lääkärintodistus D			
		<input type="checkbox"/> 0106, Lääkärinlausunto B, tavallinen			
		<input type="checkbox"/> 0105, Lääkärinlausunto B, laaja			
		<input type="checkbox"/> 0104, Lääkärinlausunto B, erittäin laaja ja perusteellinen			
Lääkärin toimenpide		Koodi	Toimenpide		
Poikkeava käyntiaika	<input type="checkbox"/> Arkipäivänä klo 21–7 <input type="checkbox"/> Lauantaina tai pyhäpäivän aattona klo 18 jälkeen <input type="checkbox"/> Sunnuntaina tai muuna pyhäpäivänä				
Tutkimus		Koodi	Tutkimus		Tutkimusten korvaukset yhteensä *)
	Tutkivan yksikön nimi, kun näyte on lähetetty muualle tutkittavaksi				
Lisätietoja				Kustannukset yhteensä	Korvaukset yhteensä *)
				Omavastuu- osuus *)	
Lääkäri ja lääkäriasema	Lääkärin leima tai nimi, yksilöintitunnus ja erikoisala; lääkäriaseman nimi tai leima ja puhelinnumero				
Allekirjoitus	Paikka ja aika. Lääkärin allekirjoitus tai lääkäriaseman edustajan allekirjoitus ja nimen selvennys				

