

Maksusitoumuspyyntölomakkeen vastaanottaja:

Pieksämäen kaupungin perusturva/terveystoimi
vastaanotto- ja sairaalapalvelujen tulosalueen johtaja
PL 101
76101 PieksämäkiPyydän, että _____

TIEDOT POTILAASTA	Nimi		Henkilötunnus
	Katuosoite		
	Postitoimipaikka	Puhelinnumero	
MAKSU- SITOUKSEN TARKOITUS JA PERUSTELUT	Tutkimukset, hoidot tai laboratoriokokeet, joihin pyydän maksusitoumusta		
	ajalle _____ - _____ toistaiseksi _____ / _____ 20____ alkaen		
	☐ avosairaanhoito ☐ laboratoriotutkimukset ☐ röntgentutkimukset ☐ päihde- ja mielenterveyspalvelut ☐ suun terveydenhuolto ☐ lääkinnällinen kuntoutus ☐ kotihoito ☐ neuvolapalvelut ☐ koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto ☐ perheneuvola ☐ muu; esim. haavanhoito-, diabetestuetteet tarvittaessa		
PAIKKA, JOSSA TARVITSE- MANI HOITO ANNETAAN	Hoitopaikan nimi		
	Hoitopaikan osoite		
ALLE- KIRJOITUS	Paikka ja päivämäärä _____ Maksusitoumuksen pyytäjän allekirjoitus ja nimen selvennys _____		
MAKSUSITOUMUS/ PÄÄTÖS	Päiväys: ____ / ____ 20____	Myöntäjän allekirjoitus, virka-asema ja nimenselvennys _____ _____	
Myönnän anotut palvelut / tarvikkeet: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			