Helsinki
Helsingfors

HAKEMUS, RESEPTI JA MAKSUSITOUMUS
Sosiaali- ja terveystoimi

Silmä- ja piilolaseista lääkinnällisenä kuntoutuksena

ANHÅLLAN, RECEPT OCH BETALNINGSFÖRBINDELSE
Social- och hälsovårdsektorn

För glasögon och kontaktlinser som medisinsk rehabilitering

Nro - Nr

Nimi, osoite ja postitoimipaikka - Namn, adress och postadress

Laskutusosoite - Faktureringsadress

HELSINGIN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimiala
Ostolaskut/Kuntoutus
PL 6627
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Kotikunta - Hemkommun	Puhelin - Telefon	Henkilötunnus - Personbeteckning
Helsinki Helsingfors		

Hankittavat apuvälineet/ Perustelut

Hjälpmedel som skall anskaffas/ Motivering

☐ Silmälasit - Glasögon ☐ Piilolasit - Kontaktlinser ☐ ☐

☐ Alle 8-vuotias, karsastuksen ja/tai heikkonäköisyyden aktiiviseen hoitoon
Barn under 8 år, för aktiv behandling av skelning och/eller svagsynhet

☐ Sarveiskalvon poikkeavuus - Oregelbunden hornhinna

☐ Mykiöttömyys - Afaki

☐ Näkövammaisuus tai silmälihashalvauksesta johtuva kahtena näkeminen
Synskada eller dubbelseende på grund av ögonmuskelförlamning

☐

Diagnoosi - Diagnos | Dg. nro - Dg. nr

Uusittaessa edelliset apuvälineet on saatu - Vid senaste förnyande av hjälpmedel har erhållits:

Silmälasi-resepti

Glasögon-recept

Oikea silmä - Högra ögat		Vasen silmä - Vänstra ögat		Visus tällä korjauksella / Visus med denna korrektion	o.dx	o.sin
KAUAS - AVSTÅND				Lisätiedot - Tilläggsuppgifter		
sf		sf				
cyl	ax	cyl	ax			
pr	bas	pr	bas	Lähettävä yksikkö - Remitterande enhet		
LÄHELLE - NÄRA				Paikka ja aika - Tid och ort		
sf						
cyl	ax	cyl	ax	Hoitava lääkäri, allekirjoitus ja nimen selvennys Vårdande ögonläkare, underskrift och namnförtydligande		
pr	bas	pr	bas			

Maksusitoumus

Betalnings-förbindelse

☐ Ei hyväksytä, palautetaan potilaalle. Selitys:
Godkänns inte, returneras till patienten.Motivering:

☐ Päätös poikkeaa hakemuksesta. Selitys:
Beslutet avviker från anhållan. Motivering:

Paikka ja aika - Ort och tid

Hyväksyjän allekirjoitus - Godkännarens underskrift

Kuntoutussuunnittelija - Rehabiliteringsplanerare

Hakemus postitetaan osoitteella - Postadress:

HELSINGIN KAUPUNKI/Sosiaali- ja terveystoimi
Kuntoutussuunnittelu ja apuvälineet/Näönhuolto
PL 6600, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Te-383 13.4.2018

Tulosta - Skriv ut **Tyhjennä - Töm**