Taotlus plaanilise välisravi eelloa saamiseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

Palume täita taotlusel kõik väljad. Osaliselt täidetud taotlust on võimalik menetleda alles siis, kui olete esitanud puuduva lisainformatsiooni.

**Taotleja andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefonid |  |

**Postiaadress**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| /tänav/talu/ |  | /maja/ |  |
| /küla/alevik/ |  | /korter/ |  |
| /vald/linn/ |  | /indeks/ |  |
| /maakond/ |  | /riik/ |  |

**Täita juhul, kui taotlete ravi/uuringut oma alla 18a lapsele või eestkostetavale:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lapse või eestkostetava ees- ja perekonnanimi |  |
| Lapse või eestkostetava isikukood |  |

**Taotluse sisu - palun selgitage, millise uuringu/ravi eest kompenseerimist taotlete:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Eesti raviasutuse/raviarsti andmed:**

|  |  |
| --- | --- |
| Raviasutuse nimi |  |
| Raviarsti ees- ja perekonnanimi |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefon(id) |  |

**Välisriigi raviasutuse andmed:**

|  |  |
| --- | --- |
| Raviasutuse nimi |  |
| Raviarsti ees- ja perekonnanimi |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefon(id) |  |

Postiaadress

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| /riik, maakond/ |  | /linn/ |  |
| /tänav/ |  | /indeks/ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Millist liiki raviasutusega on tegemist: | riikliku raviasutusega |
|  | erateenuse osutajaga |
|  | ei oska öelda |

**Taotlen eelluba (palun valige üks variant):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ravikindlustuse seaduse**  **§ 271 lg 1 alusel** | **EÜ määruse nr 883/2004**  **artikkel 20 alusel** |
| * *taotletavat tervishoiuteenust ega sellele alternatiivset tervishoiuteenust ei saa kindlustatud isikule Eestis osutada;* * *taotletava tervishoiuteenuse osutamine on kindlustatud isikule näidustatud;* * *taotletaval tervishoiuteenusel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus;* * *taotletava tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus on vähemalt 50 protsenti.* | * *taotletavat tervishoiuteenust osutatakse Eestis ning see on haigekassa poolt hüvitatav teenus (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu);* * *seda tervishoiuteenust ei ole võimalik patsiendile pakkuda meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse tema tervislikku seisundit ja haiguse võimalikku kulgu;* * *tegemist peab olema riiklikkusse süsteemi kuuluva EL liikmesriigi raviasutusega.* |

Taotluse esitamise kuupäev: "     "       20

**Palun märkige, kuidas soovite haigekassa otsust esitatud avaldusele:**

tähitud kirjaga

e-posti teel krüpteeritult

tulen ise haigekassa klienditeenindusse

**Tallinn**, Lastekodu 48

**Pärnu**, Lai 14

**Jõhvi**, Nooruse 5

**Tartu**, Põllu 1a

*Allkirjaga kinnitan taotluses esitatud andmete õigsust. Annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, sh delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele (nt arstid), kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.*

Taotluse esitaja allkiri

**NB!** Allkirjastatud taotlus saatke postiga aadressile Eesti Haigekassa, Lastekodu 48, Tallinn 10144. Digiallkirjaga taotlus edastage meiliaadressil info@haigekassa.ee . Kuna tegemist on delikaatsete isikuandmetega, soovitame dokumendi krüpteerimiseks vajalikud andmed eelnevalt kokku leppida e-posti aadressil valisravi@haigekassa.ee.