**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 883/2004artikkel 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: Kliki siia kuupäeva sisestamiseks

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

 [ ]  tähitud kirjaga

 [ ]  e-posti teel krüpteeritult

 [ ]  tulen ise haigekassa klienditeenindusse:

 [ ]  **Tallinn**, Lastekodu 48

 [ ]  **Pärnu**, Suur-Jõe 63

 [ ]  **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.