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**, Rüütli 40a

[ ]  **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, Lembitu 10, Tallinn 10114. 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.