

VILUDENT OY

HAMMASHOIDON TILAUSLOMAKE

POTILAAN TIEDOT

Koko nimi:

Henkilötunnus:

Hoivakoti ja osasto:

Osaston puhelinnumero:

POTILAAN LÄHEISEN TAI EDUNVALVOJAN YHTEYSTIEDOT

Nimi:

Puhelinnumero:

Sähköposti:

LASKUTUSTIEDOT

Laskun saajan nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite, jos laskun saaja ei ole yllä oleva potilaan läheinen tai edunvalvoja:

Laskun saajan postiosoite, mikäli laskutus sähköpostitse ei ole mahdollista:

HAMMASHOIDON TILAUSLOMAKKEEN EHDOT

1. Tilausvahvistus

1.1 Tällä lomakkeella potilaan läheinen tai edunvalvoja tilaa potilaalle Suun perustutkimus ja hoitokäynti -paketin.

2. Suun perustutkimus ja hoitokäynti -paketin sisältö

2.1 Paketti sisältää yhdellä käynnillä seuraavat toimenpiteet (toimenpide ja vastaava toimenpidekoodi): Käynti potilaan luona (WYA20), Suun perustutkimus (SAA02), Parodontologinen hoito (SDA03/SDA04/SDA05), Hammasröntgen (EB1VA, EB2VA) ja Infiltraatiopuudutus (WX110).

2.2 Vain tarvittavat toimenpiteet toteutetaan potilaan tarpeen ja edun mukaan, minkä hammaslääketieteellisestä arvioinnista ja toteutuksesta vastaa Viludent Oy:n hammaslääkäri.

2.3 Potilaalla on aina oikeus kieltäytyä hoidosta.

3. Hoidon toteutus

3.1 Viludent Oy vastaa lakisääteisistä velvollisuuksistaan hammaslääkäripalveluiden tuottajana.

3.2 Hoito toteutetaan potilaan omassa huoneessa.

3.3 Viludent Oy järjestää ajankohdan hoitokäynnille, joka sopii potilaan ja hoivakodin arkeen sekä Viludent Oy:n aikatauluun.

4. Kustannus ja laskutus

4.1 Suun perustutkimus ja hoitokäynti -paketin kokonaishinta on 350 €

4.2 Jos toteutuneiden toimenpiteiden yhteenlaskettu hinta on alle 350 €, laskutetaan vain toteutuneet toimenpiteet voimassa olevan hinnaston mukaisesti. Hinnasto on luettavissa osoitteessa www.viludent.fi.

4.3 Potilaalla on mahdollisuus saada yksityisestä hammashoidosta Kela-korvauksia, mikäli potilas on sairaskorvattu Suomessa. Kela-korvaukset vähennetään suorakorvausmenettelynä laskun kokonaissummasta, jolloin maksettavaksi jää omavastuuosuus.

4.4 Lasku toimitetaan ensisijaisesti suojatulla sähköpostilla.

5. Potilastietojen käsittely

5.1 Tällä lomakkeella annettuja tietoja käsitellään Viludent Oy:n potilasrekisterissä palvelun toteuttamiseksi. Tietosuojaseloste on saatavilla osoitteessa www.viludent.fi.

POTILAAN LÄHEISEN TAI EDUNVALVOJAN VAHVISTUS JA ALLEKIRJOITUS

☐ Olen lukenut lomakkeen ehdot ja hyväksyn ne.

Päiväys: _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

HOIVAKODIN TYÖNTEKIJÄN VAHVISTUS JA ALLEKIRJOITUS

Huom. Täytetään vain, jos hoivakodin työntekijä avustaa potilaan läheistä tai edunvalvojaa lomakkeen toimittamisessa.

☐ Vakuutan, että lähetän lomakkeen potilaan läheisen tai edunvalvojan suostumuksella.

Päiväys: _____

Hoivakodin työntekijän allekirjoitus: _____

Hoivakodin työntekijän nimi ja ammattinimike:

TÄYTETYN LOMAKKEEN LÄHETTÄMINEN

Tallenna lomake valitsemalla *Tulosta* ja sen jälkeen *Tallenna PDF-muodossa*, jotta interaktiiviset täyttökentät lukittuvat. Voit myös skannata käsin täytetyn lomakkeen.

Lähetä lomake suojatulla sähköpostilla vastaanottajalle hammaslääkäri Vilma Sääsä alla olevasta linkistä:

<https://www.turvaposti.fi/vahvatunnistaminen/vilma@viludent.fi>

Huom. Lomakkeen lähettäjän tulee olla lomakkeen allekirjoittaja.