**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: 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.