



Nimi \_\_\_\_\_

Hetu \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Tilinumero IBAN \_\_\_\_\_

Vähintään 2 vuotta voimassa ollut kotivakuutus  
(itsellä tai perheenjäsenellä) \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Kotivakuutusyhtiö \_\_\_\_\_

Implantit laitettu pvm \_\_\_\_\_

Leikannut lääkäri \_\_\_\_\_

Lääkäriasema \_\_\_\_\_

Implanttien etikettinumerot \_\_\_\_\_

Implantit poistettu \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Jos poistettu, milloin ja missä \_\_\_\_\_

Vaihdettu uusiin \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Aiheuttivat oireilua \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Jos oireilua, mitä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Todettu kudosuutoksia \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Todettu tai epäilty lymfoomaa \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Muita komplikaatioita, kuten infektio? \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Mitä komplikaatiota? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sairaslomaa \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Pysyvää kosmetista haittaa, kuten arpia \_\_\_\_\_ kyllä  ei

Vahingon määrä: \_\_\_\_\_ € Alkuperäisen leikkauksen hinta: \_\_\_\_\_ €

Tutkimuskulut ja lääkärinpalkkiot: \_\_\_\_\_ € Lääkekulut, sidetarpeet ym. \_\_\_\_\_ €

Matkakulut: \_\_\_\_\_ € Uusintaleikkauksen kulut tai hinta-arvio: \_\_\_\_\_ €

Ansionmenetys noin: \_\_\_\_\_ € Arvioidut menetykset yhteensä noin: \_\_\_\_\_ €