

PATIENT INFORMATION – INPATIENT

*For at kunne behandle din anmeldelse har vi brug for følgende oplysninger. Skriv venligst med blokbogstaver.
Forholdene omkring garanti for betaling vurderes på basis af nedenstående oplysning.*

Forsikringstype	Privat forsikring <input type="checkbox"/>		Den Offentlige Rejsesygesikring <input type="checkbox"/>		
Patient (venligst vedlæg kopi af pas)	Personnummer		Navn		
	Adresse			Kontakttelefonnummer	
Forsikringstager (venligst vedlæg kopi af pas)	Personnummer		Navn		
	Adresse			Kontakttelefonnummer	
Forsikring	Familie, rejse eller komplementerende forsikring		Forsikringsselskabets navn		
	Kreditkortforsikring		Forsikringstype og forsikringsnummer		
			Kortholders navn		
			Kreditkortnummer (16 cifre)		
		Korttype og navn på udstedende bank			
Hvis rejsen er betalt med kreditkort, venligst oplys: Beløb betalt, betalingsdato og modtager af betaling.					
Medicinsk information	Indlæggelsesdato		Skadeårsag		
			Foreløbig diagnose		
	Venligst beskriv hændelsen/forløbet i detaljer			Skadeland	
				Skadedato/symptomdato	
Har du tidligere observeret lignende symptomer eller lidt af samme/lignende sygdom? Hvis ja, venligst oplys hvornår.					
Hospital	Hospitalets navn			Hvordan kom patienten til hospitalet?	
	Telefon- og faxnummer				
Behandlerende læge	Navn		Telefon-/mobil-/faxnummer		
			Træffetid og sprog		
Rejseplan (SKAL UDFYLDES)	Udrejsedato		Hjemrejsedato		
			Formål: Ferie, tjenesterejse, kombineret		
Egen læge	Udfyldes ved sygdom/dødsfald		Navn og telefonnummer til egen læge i hjemlandet		
			Navn og telefonnummer til lokalt sygehus i hjemlandet		
Rejsebureau/ rejseleder/ repræsentation	Navn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadresse og træffetid		
Nedenstående felter ønskes kun udfyldt, hvis patienten ikke kan rejse planmæssigt hjem, eller i tilfælde af dødsfald.					
Rejseinformation	Udrejse	Flynummer	Lufthavne	Charter eller rutefly	
	Hjemrejse	Flynummer	Lufthavne	Charter eller rutefly	
	Venligst oplys transportform fra bopæl til afgangslufthavn og fra midlertidigt opholdssted til hjemrejselufthavn				
Medrejsende	Navne på medrejsende				
	1. 2. 3.				
	Hvis der er børn med på rejsen, venligst oplys børnenes alder og fulde CPR numre				
	Navn på medrejsendes hotel		Værelsesnummer	Telefonnummer	
Pårørende	I tilfælde af dødsfald, eller hvis patienten rejser alene: Venligst oplys navn og telefonnummer til person i hjemlandet, som skal informeres.				

VIGTIGT! Medicinsk rapport skal tilsendes snarest og senest 24 timer fra indlæggelsestidspunkt og skal mindst indeholde følgende: Skadedato, diagnose, behandlerende læge, indlæggelsesdato, forventet indlæggelsesperiode, anslåede udgifter opdelt i behandling, medicin, operation etc.