

PATIENT INFORMATION – INPATIENT

För att kunna behandla din anmälan behöver vi följande upplysningar. Vänligen skriv med tryckbokstäver.
Förhållandena omkring betalningsgaranti värderas på basis av nedanstående upplysningar.

Försäkringstyp	Privat försäkring <input type="checkbox"/>		Den Danske Rejsesygesikring <input type="checkbox"/>		
Patient (vänligen bifoga kopia av pass)	Personnummer		Namn		
	Adress		Telefonnummer		
Försäkringstagare (vänligen bifoga kopia av pass)	Personnummer		Namn		
	Adress		Kontakttelefonnummer		
Försäkring	Hem-, Rese- eller kompletterande reseförsäkring		Försäkringsbolagets namn		
	Kreditkortsförsäkring		Försäkringstyp och försäkringsnummer		
			Kortinnehavarens namn		
			Kreditkortsnummer (16 siffror)		
		Korttyp och namn på utgivande bank			
Om resan betalats med kreditkortet, vänligen uppge summa, betalningsdatum och mottagare av betalningen.					
Medicinsk information	Inläggelsedatum	Skadeorsak		Diagnos (medicinsk rapport SKALL bifogas)	
	Vänligen beskriv händelsen/förloppet i detalj			Skadeland	
	Första skadedatum/symtomdatum				
Har du tidigare observerat liknande symptom eller samma/liknande sjukdom? Om ja, vänligen uppge när.					
Sjukhus	Sjukhusets namn		Hur kom patienten till sjukhuset		
	Telefon- och faxnummer				
Behandlande läkare	Namn	Telefon-/mobil -/faxnummer/email		Träfftid och språk	
Resplan (SKALL utfyllas)	Utresedatum	Hemresedatum	Föremål: semester, tjänsteresa, kombinerat		
Egen läkare	Utfylles vid sjukdom/dödsfall	Namn och telefonnummer till egen läkare i hemlandet			
		Namn och telefonnummer till lokalt sjukhus i hemlandet			
Resebyrå/ Reseledare/ Representation	Namn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadress och träfftid		
Nedanstående fält önskas endast ifyllda om patienten inte kan resa planmässigt hem, eller vid dödsfall.					
Reseinformation	Utresa	Flygnummer	Flygplatser	Charter eller reguljärflyg	Bifoga en kopia av biljetten vid reguljärflyg
	Hemresa	Flygnummer	Flygplatser	Charter eller reguljärflyg	
	Vänligen upplys transportform från hemadress till avgångsflygplats och från semesteradressen till hemreseflygplats				
Medresande	Namn på medresande				
	1. 2. 3.				
	Om det finns barn med på resan, vänligen uppge barnens ålder och hela personnummer				
Namn på medresandes hotell		Rumsnummer	Telefonnummer		
Anhöriga	Vid dödsfall, eller om patienten reser ensam: Vänligen upplys namn och telefonnummer till person i hemlandet, som skall informeras.				

VIKTIGT! Medicinsk rapport skall insändas snarast och senast 24 timmar från inläggsetidpunkt och skall minst innehålla följande: Skadedatum, diagnos, behandlande läkare, inläggelsedatum, förväntad inläggelseperiod, fastställda utgifter uppdelade i behandling, medicin, operation etc.