

PASIENTINFORMASJONER – OUTPATIENT

For å kunne behandle anmeldelsen din har vi behov for følgende opplysninger. Skriv vennligst med blokkbokstaver. Forholdene omkring garanti for betaling vurderes på basis av opplysningene nedenfor.

Forsikringstype	Privat Forsikring <input type="checkbox"/>		Den Danske Rejsesygesikring <input type="checkbox"/>		
Pasient (vennligst legg ved kopi av pass)	Personnummer		Navn		
	Adresse		Kontakttelefonnummer (SKAL utfylles)		
Forsikringstager (vennligst legg ved kopi av pass)	Personnummer		Navn		
	Adresse		Kontakttelefonnummer		
Pasientens oppholdssted	Hotel		Romnummer	Telefon- og faksnummer	
Reiseplan (SKAL utfylles)	Utreisedato	Hjemreisedato	Formål: Ferie, tjenestereise, kombinert		
Forsikring	Familie, reise eller komplimenterende forsikring		Forsikringsselskapets navn		
	Kreditkortforsikring		Kortholders navn		
			Kreditkortnummer (16 siffer)	Korttype og navn på utstedende bank	
	Hvis reisen er betalt med kredittkort, vennligst opplys: Beløp betalt, betalingsdato og mottaker av betaling.				
Medisinsk informasjon	Skadedato/symptomdato	Dato for første legebesøk		Forventede antall legebesøk/behandlinger	
	Skadeland	Forventede utgifter (SKAL utfylles)		Diagnose (medisinsk rapport SKAL vedlegges)	
	Vennligst beskriv hendelsen/forløpet nøyaktig				
	Har du tidligere observert lignende symptomer eller lidt av samme/lignende sykdom? Hvis ja, vennligst opplys når.				
Sykehus/klinikk	Sykehusets/klinikkens navn		Hvordan kom pasienten til sykehuset?		
	Telefon- og faksnummer				
Er pasienten i stand til at reise hjem som planlagt (dato og reiseform)? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Hvis nei, vennligst fyll ut feltene nedenfor.					
Behandlerende lege	Navn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadresse	Treffetid og språk	
Reisebyrå/ reiseleder/ representasjon	Navn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadresse og treffetid		
Reiseinformasjon	Utreise	Flynummer	Lufthavn	Charter eller rutefly	Legg ved kopi av billett ved rutefly
	Hjemreise	Flynummer	Lufthavn	Charter eller rutefly	
	Vennligst opplys transportform fra bopel til avgangslufthavn og fra midlertidig oppholdssted til hjemmelufthavn				

VIKTIG! Medisinsk rapport skal sendes snarest og senest 24 timer fra innleggelsestidspunkt og skal minst inneholde følgende: Skadedato, diagnose, behandlerende lege, innleggelsesdato, forventet innleggingsperiode, estimerte utgifter oppdelt i behandling, medisin, operasjon etc.