

PATIENT INFORMATION – OUTPATIENT

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 (SKALL utfyllas)		
Försäkringstagare (vänligen bifoga kopia av pass)	Personnummer		Namn		
	Adress		Kontakttelefonnummer		
Patientens uppehållsort	Hotell		Rums Nr	Telefon- och fax Nummer	
Resplan (SKALL utfyllas)	Utresedatum	Hemresedatum	Föremål: Semester, tjänsteresa, kombinerat		
Försäkring	Familje-, 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	Skadedatum/symptomdatum	Datum för första läkarbesöket		Förväntat antal besök/behandlings	
	Skadeland	Förväntad kostnad (SKALL utfyllas)		Diagnos (medicinsk rapport SKALL bifogas)	
	Vänligen beskriv händelsen/förloppet i detalj				
	Har du tidigare observerat liknande symptom eller samma/liknande sjukdom? Om ja, vänligen uppge när.				
Sjukhus/klinik	Sjukhusets/klinikens namn		Hur kom patienten till sjukhuset?		
	Telefon- och faxnummer				
Är patienten kapabel att resa planmässigt hem (datum och resform)? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Om nej, vänligen utfyll fälten nedanför.					
Behandlande läkare	Namn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadress	Träfftid och språk	
Resebyrå/ reseledare/ representation	Namn		Telefonnummer/faxnummer/e-mailadress och träfftid		
Reseinformation	Utresa	Flygnummer	Flygplats	Charter eller reguljärflyg	Bifoga en kopia av biljetten vid reguljärflyg
	Hemresa	Flygnummer	Flygplats	Charter eller reguljärflyg	
	Vänligen upplys transportform från hemadress till avgångsflygplats och från semesteradressen till hemreseflygplats				

VIKTIGT! Medicinsk rapport skall bifogas och skall minst innehålla följande: Skadedatum, diagnos, behandlande läkare, fastställda utgifter uppdelade i behandling, medicin, etc.