

Refusjonsskjema

Refusjon av medikamenter brukt i forkant av poliklinisk undersøkelse.

BRUK BLOKKBOKSTAVER. Vennligst ikke bruk tape eller stift på kvitteringer.

Opplysninger om pasient (må fylles ut)

For-/mellomnavn		Etternavn	
Adresse		Personnummer (11 siffer)	
Postnr.	Poststed	Telefonnummer	

Utgifter til behandling (ihht vedlagt dokumentasjon)

Dato (DD/MM/ÅÅ)	Klokke- slett (for behandling)	Utlegg	Vedlegg nr	Beløp

Eventuelle merknader (Se veiledning)

Utbetaling (Må fylles ut)

Kontonummer som refusjonen skal utbetales til:

Navn på kontoinehaver:

Adresse:

Underskrift

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg samtykker i at helseforetaket kan innhente nødvendig dokumentasjon for å få behandlet kravet.

Sted og dato

Underskrift

