

**Ifylls av vårdgivaren**

Datum: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Kund har lämnat sitt medgivande att hälsouppgifter/journalsammanfattning som rör det här skadefallet får lämnas vidare till Länsförsäkringar för bedömning av denna vårdplan		
Kundens namn	Personnummer	Skadenummer
Diagnos/besvär		
Aktuell status		Antal utförda behandlingar hittills
_____ _____		
Behandlingsplan/vårdplan		
_____ _____		
Ange totalt antal behandlingar som uppskattningsvis behövs från och med dagens datum _____ ggr		
Har förbättring skett hittills av besväret? Vid "Nej", ange orsak. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Följer kunden eget träningsprogram? Vid "Nej", ange orsak. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vårdgivare och ansvarig person för behandlingen	Adress till vårdgivare/klinik	
	E-post	Telefon
Typ av yrkeslegitimation	Svar skickas till fax nummer (inkl riktnummer)	

**Ifylls av Länsförsäkringar**

För att kunna ta ställning till förfrågan behöver vi först inhämta följande underlag/information:		
<input type="checkbox"/> Vi kontaktar kund för en skadeanmälan	<input type="checkbox"/> Journalkopior från annan vårdgivare	
<input type="checkbox"/> Journalkopior från er från och med nybesöket	<input type="checkbox"/> _____	
Vi återkommer till er med beslut när vi mottagit begärda handlingar/uppgifter.		
Handläggare	Telefonnummer (även riktnummer)	Faxnummer 08-588 433 66

**Beslut (ifylls av Länsförsäkringar)**

Skadenummer		
<input type="checkbox"/> Begärd vårdplan beviljas med ____ behandlingar från dagens datum.		
<b>Om det visar sig att denna vårdplan/antal beviljade behandlingar inte räcker, behöver vi i så fall en ny Begäran om förhandsbesked/vårdplan med en utförlig motivering.</b>		
<input type="checkbox"/> Begärd vårdplan beviljas inte. Vi kontaktar kunden med detta besked.		
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

**Begäran faxas till:  
Länsförsäkringar  
08-588 433 66**