

**Ifylls av vårdgivaren**

**Faktura**

|   |                     |                      |
|---|---------------------|----------------------|
| Vårdgivarens namn, adress, telefonnummer      |                     | Kundens namn         |
|   |                     | Kundens personnummer |
| Vårdgivarens organisationsnummer              |                     | Skadenummer          |
| <b>Bg</b>                                     |                     | Fakturadatum         |
| <b>Pg</b>                                     |                     | Fakturanummer        |
| Diagnoskod                                    | Diagnostext         |                      |
| Besöksdatum                                   | Behandlande läkare  |                      |
| <b>Ersättningstyper</b>                       | <b>Antal gånger</b> | <b>Kostnad</b>       |
| • Läkarbesök/Sköterskebesök/Telefonrådgivning | _____               | _____                |
| • Lab/Röntgen                                 | _____               | _____                |
| • Operation/Skopier                           | _____               | _____                |
| • Sjukgymnast/Naprapat/Kiropraktor            | _____               | _____                |
| • Psykolog/Psykoterapeut                      | _____               | _____                |
| • Annat .....                                 | _____               | _____                |

**Specifisering av utförd åtgärd**

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Åtgärdskod (KVÄ-kod) | Beskrivning |
|                      |             |
|                      |             |
|                      |             |

**Ifylls alltid av kund/försäkrad vid nybesök**

|  |   |
|--|---|
| Datum för när sjukdom/skada uppstod  |   |
| När anlätades läkare första gången för detta besvär  | Ange vårdinrättning och läkare  |
| Har du anlitat läkare för liknande besvär tidigare?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    Om "Ja", ange vårdinrättning och läkare   | Datum för första läkarbesöket<br><input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat<br>Datum för senaste läkarbesöket<br><input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat |
| Vilken vårdcentral tillhör du? Ange namn, adress och telefonnummer.  |   |
| Orsaken till vårdbesöket?  |   |
| <b>Underskrift</b>   |   |
| Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt, allmän försäkringskassa, annan myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som Länsförsäkringar behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren. |   |
| Ort och datum  | Namn/teckning   |
|  | Telefonnummer   |