

Faktura/Skadeanmälan

Sjukvårdsförsäkring



Uppgifterna ifylls av vårdgivaren och är obligatoriska

Vårdgivarens namn och adress

Besöksdatum _____ Fakturanummer _____

PlusGiro/Bankgiro _____ Fakturadatum _____

Försäkringsnummer _____

Organisationsnummer _____

Innehär F-skattsedel Ja Nej

Patientbricka (om patientbricka saknas fylls uppgifterna i nedan)

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Försäkrad vårdnadshavares personnummer: _____

SPECIALISTER (Kryssa i typ av utförd behandling)

Läkarbesök, ange specialitet _____

Operation, ange vilken _____

Röntgenundersökning, ange vilken _____

Laboratorieundersökning, ange vilken _____

Psykolog, antal behandlingar _____

Sjukgymnast, antal behandlingar _____

Kiropraktor/Naprapat, antal behandlingar _____

Annan, ange vilken _____

Diagnos/symtom _____

Diagnoskod (ICD-10) _____

Är behandlingen avslutad?

Nej Ja

Är besöket inbokat via Ifs Sjukvårdsrådgivning?

Nej Ja

Avdrag för självrisk _____ kr

Totalt att betala _____ kr (Patientavgiften är inkluderad och ska inte tas ut av patienten)

SKADEANMÄLAN Uppgifterna ifylls av patienten och är obligatoriska

Dagens besök är Nybesök Återbesök (Vid återbesök räcker det att du fyller i personnummer, diagnos/symtom och skriver under blanketten)

Personnummer _____ Telefonnummer bostad _____ Telefonnummer arbete _____

Ange orsak till besöket (diagnos/symtom) _____

Har du anlitat vårdinrättning för liknande besvär tidigare?

Nej Ja, när? _____

UNDERSKRIFT Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga

Ort och datum _____ Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____



Denna handling i original skickas med fakturan till:
If Skadeförsäkring
F200
106 80 Stockholm