

Merkostnad för hemtransport inom Norden

Patientens namn.....

Adress i hemlandet.....

.....

Födelsedatum.....

Ovanstående patient har för sin hemresa behov av följande färdstätt;

- Ambulans
- Flygambulans (best. via tfn (010-839 50 70 / 010-839 50 90))
- Flyg
- Taxi
- Liggande sjuktransport (best. via tfn (010-839 50 70))
- Ledsagare
- Informerat patienten om att den del av hemreskostnaden som motsvarar normal hemresa (allmän kollektivtrafik) skall patienten betala själv (egenavgift). Försäkringskassan skickar faktura till patientens hemadress. OBS det är viktigt att patienten får denna information.

Resedatum.....

Avdelning.....

På grund av (medicinska skäl).....

.....

.....

.....

.....
Läkares underskrift

.....
Datum

Blanketten skickas till:

Region Värmland Kollektivtrafik
Sjukreseenheten
Lagergrens gata 7
652 14 KARLSTAD