

### Fylls i av den försäkrade (Uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling / konsultation är:  Ny-besök  Åter-besök

PERSONNUMMER

AVTALSNUMMER

NAMN

ADRESS

POSTNR.

ORT

CLEARINGNR. + BANKKONTO

TELEFONNR. DAGTID

E-POSTADRESS

DATUM (Å/MM)

När började besvären?

BEHANDLARE

Läkare

Sjukgymnast

SPECIALITET

Kiropraktor  Naprapat  Röntgen /lab.

ADRESS

Psykolog/psykoterapeut

Inläggning på sjukhus  Dagkirurgi

POSTNR.

ORT

Annan behandling

VILKEN?

### BIFOGA ORIGINALKVITTON OCH EVENTUELL REMISS/KALLELSE!

ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM).

Totalsumma enligt kvitton

### BEHANDLINGSDATUM


Har du tidigare undersökts /behandlats för liknande besvär?  Ja  Nei

Om Ja

DATUM (ÅÅ/MM)

VILKEN BEHANDLARE ANLITADE DU DÅ? (NAMN OCH ADRESS)

### Underskrift (Obligatorisk)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

ORT

DATUM (ÅÅÅÅ/MM/DD)

NAMNTECKNING