

FAKTURA/SKADEANMÄLAN (SKS)

KRAV FRÅN BEHANDLARE



Vi gör er uppmärksam på att alla behandlingar/undersökningar skall vara förhandsgodkända av DKV Hälsa.
Kostnad för utebliven undersökning/behandling skall ersättas av kunden.

BEHANDLARE

LÄKARE/SPECIALITET

ADRESS

Psykolog/
psykoterapeut Inläggning
på sjukhus Dagkirurgi Fysioterapi (leg.
sjukgymn/kiropr/
naprapat)

Annan
behandling

VILKEN?

POSTNR.

ORT

ORG NR.

TELEFONNR. DAGTID

Bank-
giro

Post-
giro

NUMMER

FAKTURADATUM

FAKTURANR.

Bankkonto inkl.
clearingnr.

Utförliga hälsouppgifter - fylls i av behandlaren

ANAMNES / DIAGNOS / SYMPTOM

ICD-10 KOD

ANTAL BEH. / KONSULTATIONER

BEHANDLING

DATUM FÖR BEHANDLING / INNLÄGGNING / DAGKIRURGI

DATUM FÖR BEHANDLING	INNLÄGGNING	DAGKIRURGI

NÅGON UPPFÖLJNING

TOTALSUMMA

BEHANDLARENS UNDERSKRIFT / STÄMPEL

KR

Är behandlingen
avslutad?

Ja

Nej

Patientavgiften är inkluderat och ska inte belasta kunden.

Fylls i av den försäkrade (Uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling /
konsultation är:

Ny-
besök

Åter-
besök

PERSONNUMMER

AVTALSNUMMER

NAMN

ADRESS

POSTNR.

ORT

TELEFONNR. DAGTID

E-POSTADRESS

DATUM (ÅÅ/MM)

När började
besvären?

ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM)

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

NAMNTECKNING

Skickas till: Skadeavdelningen, DKV Hälsa, Box 1057, 101 39 Stockholm