

# Ansökan om ersättning för patienthotell

Blankett och originalkvitton skickas till:

**Region Kalmar län, Ekonomiservice**

**Box 601**

**391 26 Kalmar**



Är du patient och ska ersättas? Fyll i nedan ruta till vänster

Är du anhörig och ska ersättas? Fyll i båda rutorna nedan. OBS patientens kontonummer ska då lämnas tomt.

## Uppgifter patient:

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnummer, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

## Uppgifter anhörig:

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnummer, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Om kontonummer lämnas tomt sker utbetalning via AVI.

OBS vi ersätter ej för parkeringsavgifter.

Kort beskrivning till ersättningen:

Remitterad från: \_\_\_\_\_

Remitterad till: \_\_\_\_\_

Datum in \_\_\_\_\_ Datum ut \_\_\_\_\_

*Vuxen patient- vi ersätter endast för en anhörig.*

*Barn och ungdom under 20 år- för två anhöriga krävs intyg från läkare för en av dem. Syskon får medfölja.*

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_ Namnförtydligande \_\_\_\_\_