

Remiss från (inrättning, klinik el motsv, adress)		REMIS/BETALNINGSFÖRBINDELSE Riks-, region och mellanlänsavtal	
<input type="text"/>		Personnr	<input type="text"/>
Remiss till (inrättning, klinik el motsv, adress)		Namn	<input type="text"/>
<input type="text"/>		Adress	<input type="text"/>
		Tfn	<input type="text"/>
		Betalningsansvarig region	Remissid
		Kalmar	
Remiss	<input type="radio"/> Riksavtal <input type="radio"/> Regionavtal <input type="radio"/> Mellanlänsavtal <input type="radio"/> Övriga avtal	<input type="checkbox"/> Vård efter initiativ från hemregion <input type="checkbox"/> Patient vårdlotsas pga vårdgaranti <input type="radio"/> Akutvård <input type="radio"/> Patientens val	
Remissens giltighet	Giltig fr o m	Giltig t o m	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vid remiss till privat vårdgivare, gör val nedan (lämnas tomt om det inte avser privat vårdgivare).			
Finns eget avtal med privat vårdgivare?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om nej, ange den region vars avtal som ska åberopas för att betalningsförbindelsen ska vara giltig.			
<input type="text"/>			
Vidarefakturerering			
(Fylls i om Östergötland eller Jönköping har vidareremitterat patient och kostnaden ska vidarefaktureras enligt avtal)			
Östergötland eller Jönköping har vidareremitterat patient på grund av plats och/eller kompetensbrist.			
Sjukhus som patient vidareremitterats till:			
<input type="checkbox"/> JA <input type="text"/>			
Behov av anhörig som stöd/hjälp i vården			
Vuxen patient	Läkare intygar att anhörig har rätt att få boende ersatt under remissens giltighet		<input type="checkbox"/> JA
Barn och ungdom	Läkare intygar att mer än en anhörig har rätt att få boende ersatt under remissens giltighet (syskon under 18 år får medfölja)		<input type="checkbox"/> JA
Ansvarig för betalningsförbindelse (verksamhetschef eller motsvarande)			
<input type="text"/>			
Status			