



Fakturaunderlag

Barn och unga med skyddad identitet, asylsökande, tillståndslösa, utländska medborgare och utlandssvenskar

Fakturadatum:

Fakturanummer (vårdgivarens):

Skickas till:

Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Er referens: TANDV, 205 01 Malmö

Allmänna uppgifter Vårdgivare

Vårdgivare:

Enhet:

Adress:

Postadress:

Telefon (inkl. riktnummer):

Fakturauppgifter

Bankgiro/plusgiro:

Organisationsnummer:

Behandlare:

Specialistdisciplin:

Har avtal inom ABOU:

Ja Nej

Har avtal inom SBOU:

Ja Nej

Tandvård asylsökande, utländska medborgare och utlandssvenskar

*Kopia på journal och LMA-kort ska bifogas för asylsökande.

Behandlings- datum	Patientens initialer samt ev. egen referens	Tandläkare för- och efternamn	Åtgärdskod	Belopp
Summa totalbelopp:				

Tandvård skyddad identitet och tillståndslösa

*Inga bilagor får bifogas.

Behandlings- datum	Patientens för- och efternamn	Tandläkare för- och efternamn	Åtgärdskod	Belopp
Summa totalbelopp:				

Totalbelopp (sammanräknat från båda tabellerna):