

Fullständigt namn/Full name: _____

Målsmans namn/Name of parent if underage: _____

Födelsedatum/Date of birth: _____

Gatuadress/Street: _____

Postnr/Post code: _____ Ort/Town: _____

Land / Country: _____ Telenr/Phone no: _____

E-post/E-mail: _____

Vistelseadress i Sverige/Residence address in Sweden

C/O: _____ Gata/Street: _____

Ort/Town: _____ Avresedatum/Departure from Sweden: _____

Patientinformation/ Patient Information

Jag är medveten om att jag är ytterst betalningsansvarig för hela vårdkostnaden.

Jag intygar härmed att de uppgifter jag lämnat ovan är korrekta och fullständiga.

Jag är också medveten om att oriktig information kan leda till vidare åtgärder såsom tilläggsdebitering.

I am fully aware that I am fully liable to pay the entire cost of the care provided to me.

I hereby confirm that the information above given is true and complete.

I am also aware that any incorrect information could lead to further measures such as additional charges.

Ort & datum / Place and date

Patientens underskrift / Signature

Ifylles av personal / To be filled in by the hospital staff

Utomnordiska patienter från EU/EES, konventionsländer: HM 66

Nedanstående intyg/handlingar är giltiga för EU/EES patienter, finns dessa handlingar betalar patienten patientavgiften direkt vid besöket.

EU-kort, utfärdat i patientens bosättningsland (ej svenskt), giltigt vid vårdtillfället

Australiskt pass, Giltigt vid vårdtillfället

Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige, giltigt och underskrivet av patienten vid vårdtillfället

Provisoriskt EU-kort, giltigt vid vårdtillfället

Saknas ovanstående handlingar är patienten själv betalningsansvarig, HM 99, oavsett ålder och bosättningsland

Nordiska patienter (FI, DK, NO, IS), HM 66

Fullständig adress i det nordiska hemlandet.
Kopia på giltig ID-handling skickas till GSF

Övriga patienter, HM 99

Patienten är själv betalningsansvarig för erhållen sjukvård. Vid öppenvårdsbesök skall vårdkostnaden betalas kontant/betalkort vid vårdtillfället. Vid slutenvård kommer beloppet att faktureras i efterhand.

Fullständiga patientuppgifter ovan

Giltig passkopia

OBS – Det är upp till patienten att själv begära ersättning från försäkringsbolag. Förse gärna patienten med medicinsk epikris/journalutdrag för vårdtillfället vid utskrivning.

Betalning ska ske i svensk valuta eller med betalkort.

Checklistan ska sparas av verksamheten i 12 månader.

Kopia av giltigt underlag skickas till GSF via [Serviceportalen](#) eller till: GSF/Patientservice, Byggnad 203, Medicon Village, 223 81 lund