****

Fullständigt namn/*Full name*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 personalen/***To be filled in by the hospital staff*

**Nordiska patienter (FI, DK, NO, IS) HM66**

**Utomnordiska patienter från EU/EES, HM66**

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

Fullständig adress i det nordiska hemlandet, samt kopia på giltig ID-handling

**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.

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



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

Fullständiga patientuppgifter ovan

Giltig passkopia

Provisoriskt intyg ”E-intyg”, **giltigt vid vårdtillfället**

Svenskt arbetsgivarintyg/anställningsavtal

E106 intyg, **giltigt vid vårdtillfället**

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

Intyg om rätt till vård i Sverige, **giltigt vid vårdtillfället**

**Betalning ska ske i svensk valuta eller med betalkort**

Kopia av intyg/EU-kort/pass/id-handling skickas till:

**Patientservice/GSF, MALMÖ**