



Ansökan om ersättning vid inställd operation barn

Ersättning kan betalas ut när poliklinisk operation ställts in eller när slutenvårdstillfället blivit uppskjutet/avbokat samma dag som operationen eller inskrivningen skulle ägt rum.

Personnummer/reserv-
nummer: _____

Patientens namn: _____

Adress: _____

Postnummer, ort: _____

Vårdnadshavares namn
och personnummer: _____

Kontonummer inkl.
clearingnummer: _____

Datum för inställd
operation/sluten-
vårdstillfället: _____

Inskrivning från och med _____ till och med _____

Jag ansöker om ersättning för:

- Reseersättning enligt regelverk för sjukresor utan avdrag för egenavgift,
belopp _____ kronor
- Ersättning för övriga uppkomna kostnader upp till 2000 kr,
belopp _____ kronor

Betald patientavgift i öppen vård återbetalas. Beloppen ovan ska styrkas genom bifogat kvitto/intyg.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Underskrift (vårdnadshavare)

Ifylld blankett lämnas till den verksamhet som ställt in operation/besöket. Ersättningen betalas ut av den mottagning som meddelat att vård/behandling ställt in.