

Ansøgning om tilskud til kørsel ved sygehusbehandling

UDFYLDES AF PATIENTEN (blokbogstaver) – afleveres i afdelingen

CPR-nummer:											Hvis patienten har ret til kørselstilskud, udbetales pengene til patientens NEM-konto	
Navn:											Telefonnummer:	
Folkeregisteradresse:											Postnummer og Bynavn:	
Modtager patienten pension efter de sociale love? (ikke efterløn og tjenestemandspension)											<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ved evt. ledsager – modtager denne pension efter de sociale love? (ikke efterløn og tjenestemandspension)											<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Forældremyndighedsindehaver/værge til barn under 18 år (udfyldes kun hvis patienten er under 18 år)												
Navn:										CPR-nummer:		
Samtykke og underskrift												
Jeg giver hermed de involverede regioner, herunder bopælsregionen samtykke til at indhente og udveksle yderligere oplysninger om mine helbreds-, visitations- og pensionsforhold m.v. med andre myndigheder, som er nødvendige for vurderingen af denne ansøgning. Jeg giver også samtykke til, at en udpeget læge i bopælsregionen må slå op i det elektroniske patientjournalssystem. Dette til brug for vurderingen af, om undersøgelsen/behandlingen jeg har modtaget, kunne være tilbudt i bopælsregionen (frit sygehusvalg).												
Dato:				Underskrift:								
Eventuelle bemærkninger fra patienten til ansøgningen:												

UDFYLDES AF BEHANDLENDE AFDELING

Angiv henviser:										Diagnosekode:								
Hvis patienten helbredsmæssigt ikke kan benytte offentlige transportmidler og/eller hvis ledsagelse er nødvendig, skal begge dele begrundes her:																		
Dato	Behandlingsniveau, udvidet frit sygehusvalg og frit sygehusvalg. (Hjemregion har den endelige vurdering)				Behandlingsform		Status	Er patienten i stand til at benytte offentlig transport? (Sundhedsfaglig vurdering)		Har patienten benyttet et af regionens tilbud om kørsel?		Er ledsager nødvendig ved patientens kørsel til og fra sygehuset? (Sundhedsfaglig vurdering)		Er ledsager nødvendig for patientens behandling? (Sundhedsfaglig vurdering)		Afdelingens stempel med telefonnummer og underskrift for hver enkelt besøg.		
	Skrives: dag mnd. år	Hovedfunktion	Regionsfunktion	Højt specialiseret	Frit sygehusvalg	Udvidet frit sygehusvalg		Behandling	Udredningsret	Inddragt	Ambulant	Ja	Nej	Ja	Nej		Ja	Nej
Fra	Til									Til	Fra	Til	Fra	Til	Fra	Til	Fra	



