

Reiseregningsskjema sendes til: Pasientreiser HF, Postboks 2533 Kjørbekk, 3702 Skien senest seks måneder etter at reisen var foretatt. For mer informasjon om hvert punkt, se veileder til skjemaet. Veilederen finnes hos behandler eller på helsenorge.no. Du kan også ringe Pasientreiser på telefon 915 05 515. Begrunnelser fylles ut i punkt 3. Husk å signere i punkt 1.8. Logg deg inn på helsenorge.no for å søke digitalt.

BRUK BLOKKBOKSTAVER | BRUK SORT ELLER BLÅ PENN | IKKE STIFT, LIM ELLER BRUK ANDRE FESTEMIDLER

1. INFORMASJON OM SØKER

Sett bare kryss i ett av feltene under. Jeg søker som:

- Pasient Pasient, og vil søke om å få dekket utgifter på vegne av reiseledsager Reiseledsager. **Oppmøtebekreftelse må legges ved**
- Foresatt for barn under 12 år Foresatt for barn mellom 12–18 år. **Oppmøtebekreftelse må legges ved, eller barnet må signere i punkt 1.8**
- Verge. **Bekreftelse på vedtak om vergemål må legges ved** Nær pårørende. **Oppgi slektsforhold:**

1.1 INFORMASJON OM PASIENTEN

Hvis du som pårørende har reist alene, skal du **ikke fylle ut punkt 1.1, gå til Del 2.**

Fødselsnummer	Telefonnummer (8 siffer)
For- og mellomnavn	Etternavn
Adresse / postboks	Postnr.

1.2 INFORMASJON OM BEHANDLINGSSTEDET

Bruk ett skjema for hvert behandlingssted.
Ved innleggelse, fyll også ut dato for utskrivning.

Behandlingsdato

Dato for utskrivning

DD/MM/ÅÅ

DD/MM/ÅÅ

Navn på behandlingssted	
Adresse	Postnr.
Poststed	

- Jeg benyttet meg av retten til fritt behandlingsvalg Jeg var på kurs eller opplæring i regi av helseforetaket mitt. **Dokumentasjon kreves**

1.3 FRITAK FRA Å BETALE EGENANDEL

Frikort registreres automatisk, ikke sett kryss hvis du har frikort.

For oversikt over reiser som er fritatt fra å betale egenandel, se veiledning punkt 1.3.

- Jeg reiste til en behandling som er fritatt fra å betale egenandel. **Dokumentasjon kreves**

1.4 INFORMASJON OM REISEN

- Én vei Tur/retur Reisen var **ikke** til eller fra folkeregistrert adresse. **Fyll også ut punkt 1.5**

Hvor mange kilometer ble reisen på **hver vei (inkludert eventuell fergestrekning)**? Hvis reisen ble lenger enn korteste reisevei grunnet omkjøringer eller andre årsaker, fyll ut begrunnelse i **punkt 3**. For reiser over 300 kilometer, fyll ut klokkeslett for reisen i punkt 1.7

Tur

Antall km xxx,x

Retur

Antall km xxx,x

Hvis pasienten har hatt flere reiser til **samme behandlingssted**, og vil søke om å få dekket disse, fyll inn dato for reisene under.

Behandlingsdato DD/MM/ÅÅ	Behandlingsdato DD/MM/ÅÅ	Behandlingsdato DD/MM/ÅÅ	Behandlingsdato DD/MM/ÅÅ
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

For reiser til primærhelsetjenesten (for eksempel fastlege), regnes bostedskommune som nærmeste sted.

For reiser til spesialisthelsetjenesten (for eksempel sykehus), regnes helseregion som nærmeste sted. **Se veiledning punkt 1.4.**

- Jeg har dokumentasjon fra behandler på at jeg måtte reise ut av kommune/region for å få behandling. **Dokumentasjon kreves**
- Jeg benyttet behandlingsstedet fordi det var geografisk nærmest min folkeregistrerte adresse. **Begrunnelse kreves**

Det kan søkes om å få dekket reiser under 10 kilometer eller reiser som kunne vært foretatt med offentlig transport til lokal minstetakst, ved dokumentasjon fra behandler på at det var nødvendig å bruke bil/drosje på reisen (for eksempel øyeblikkelig hjelp eller andre medisinske årsaker).

- Jeg vil søke om å få dekket utgifter for reiser under 10 kilometer. **Dokumentasjon kreves**
- Jeg vil søke om å få dekket utgifter for reiser som kunne vært foretatt til lokal minstetakst. **Dokumentasjon/begrunnelse kreves**

1.5 REISE FRA ELLER TIL ANNET STED ENN FOLKEREISTRERT ADRESSE

Reise til behandling Reise fra behandling

Adresse

Postnr.

Hva er grunnen til at du måtte reise fra eller til en annen adresse? Jeg:

var på jobb oppholdt meg på et behandlingssted/en institusjon var student eller i militæret er bosatt på Svalbard
 fikk et uventet behov for helsehjelp *Dokumentasjon kreves* skadet meg på jobb *Dokumentasjon kreves*

1.6 TRANSPORTMIDLER OG TILLEGGSGIFTER

Dette feltet fylles bare ut hvis du skal søke om å få dekket tilleggsutgifter. Medisinsk behov må dokumenteres av behandler. Behov av trafikale årsaker beskrives i punkt 3 (side 4). Her må du også skrive klokkeslett for behandlingen. Kvitteringer på utgifter til parkering og billetter må legges ved. Hvis deler av reisen din allerede var betalt/rekvirert, skriv «Rekvirert reise» i felt for transportmiddel.

Bruk én rad for hvert transportmiddel

Tilleggsutgifter

Dato	Transportmiddel	Reise fra (adresse)	Reise til (adresse)	Bom (sett X)	Parkering (kr)	Billett(er) (kr)	Piggdekk-avgift (kr)	Tur / retur

1.7 KOST, OVERNATTING OG TAPT ARBEIDSINNTEKT FOR PASIENT

Kost **Overnatting** **Overnatting på tog** **Tapt arbeidsinntekt**

Antall døgn Antall døgn Kr. Antall timer *Dokumentasjon kreves*

Når reiste du? **Når var du tilbake?**

Dato DD/MM/ÅÅ Klokkeslett TT/MM Dato DD/MM/ÅÅ Klokkeslett TT/MM

Oppmøtetidspunkt **Behandlingen sluttet**

Dato DD/MM/ÅÅ Klokkeslett TT/MM Dato DD/MM/ÅÅ Klokkeslett TT/MM

Jeg overnattet på reisen:

På grunn av min helsetilstand. *Dokumentasjon kreves* På grunn av lang reisevei eller andre trafikale årsaker. *Begrunnelse kreves*
 Jeg valgte å overnatte mellom behandlinger. *Begrunnelse kreves, se veileder punkt 1.7.*

Kvitteringer for overnattingsutgifter må legges ved. Husk dokumentasjon fra behandler.

1.8 SAMTYKKE, UNDERSKRIFT OG KONTONUMMER FOR UTBETALING

Jeg samtykker til at Pasientreiser:

- henter inn opplysninger fra databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) og Norsk pasientregister (NPR)
- kan innhente opplysninger og dokumentasjon som er nødvendig for å behandle søknaden min
- lagrer opplysninger som er nødvendige i forbindelse med en eventuell tilbakebetalingssak

Jeg bekrefter at opplysningene jeg sender inn er nødvendige, korrekte og relevante for å behandle søknaden, og at alle nødvendige vedlegg er lagt ved.

Søkers underskrift. Vennligst påse at signaturen er tydelig.

Dato

Kontonummer (11 siffer)

2.3 KOST, OVERNATTING OG ANDRE TILLEGGSGIFTER FOR REISELEDSAGER

Hvis det er dokumentert behov for reiseledsager, har reiseledsager samme rett til å få dekket kost og overnatting som pasienten.

Husk å legge ved dokumentasjon og kvitteringer for overnatting.

Hvis reiseledsager søker om samme godtgjørelse for kost og overnatting som pasient (punkt 1.7), skal ikke resten av dette punktet fylles ut.

Reiseledsager søker om samme godtgjørelse for kost og/eller overnatting som pasient

Hvis reiseledsager søker om å få dekket flere utgifter til reisen, fylles dette ut her.

For å søke om dekning av tapt arbeidsinntekt for ledsager, fyll ut punkt 3, **se veileder punkt 2.3.**

Kost

Antall døgn

Overnatting

Antall døgn

Overnatting på tog

Kr.

Når reiste ledsager?

Dato DD/MM/ÅÅ

KlokkeslettTT/MM

Når var ledsager tilbake?

Dato DD/MM/ÅÅ

KlokkeslettTT/MM

Pasientens oppmøtetidspunkt

Dato DD/MM/ÅÅ

KlokkeslettTT/MM

Pasientens behandling sluttet

Dato DD/MM/ÅÅ

KlokkeslettTT/MM

Ledsager overnattet på reisen:

På grunn av pasientens helsetilstand. **Dokumentasjon kreves**

På grunn av lang reisevei eller andre trafikale årsaker. **Begrunnelse kreves**

Reiseledsager og pasient valgte å overnatte mellom behandlinger. **Begrunnelse kreves, se veileder punkt 2.3.**

3 BEGRUNNELSER ELLER ANNEN INFORMASJON

Hvis du trenger mer plass til informasjon eller begrunnelse, kan du legge ved et eget ark til søknaden. **Vennligst ikke oppgi helseopplysninger.**