

Du kan søke digitalt på **helsenorge.no** eller bruke dette reiseregningsskjemaet. Ferdig utfylt reiseregningsskjema sendes til: **Pasientreiser HF, Postboks 2533 Kjørbekk, 3702 Skien**

Søknaden må sendes **innen seks måneder** etter at du reiste.

Noen reiser krever dokumentasjon. For informasjon om rettigheter, dokumentasjon og utfylling av skjemaet, kan du se i veilederen til skjemaet. **Veilederen finnes hos behandleren din og på helsenorge.no.** Du kan også ringe Pasientreiser på **telefon 05515** for hjelp til utfylling av reiseregningsskjemaet.

BRUK BLOKKBOKSTAVER • BRUK SORT ELLER BLÅ PENN • IKKE FEST VEDLEGGENE SAMMEN

## 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 for 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 9.**  
 verge/fullmektig/fosterforelder. **Dokumentasjon må legges ved.**   
  nær pårørende. **Oppgi slektsforhold:**

## 2. Informasjon om pasienten

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

## 3. Informasjon om reiseledsager/pårørende/foresatt

Helsemessige behov for reiseledsager må dokumenteres, unntatt når pasienten er under 18 år.

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

### Reiseledsager/pårørende/foresatt

- hadde lik reise som pasient.   
  reiste uten pasienten.   
  startet reisen et annet sted enn pasienten.  
 avsluttet reisen et annet sted enn pasienten.   
  reiste fra og til behandlingsstedet mens pasienten var til behandling.

## 4. Informasjon om behandlingsstedet

Bruk ett skjema for hvert behandlingssted. Skal du søke om flere like reiser, kan datoene for disse skrives inn i punkt 6.

Navn på behandlingssted
Adresse
Postnr.

### Oppmøtetidspunkt:

Dato DD/MM/ÅÅ
---------------

Klokkeslett TT/MM
-------------------

### Behandlingen sluttet:

Dato DD/MM/ÅÅ
---------------

Klokkeslett TT/MM
-------------------

Jeg benyttet meg av retten til fritt behandlingsvalg.

## 5. Reise fra eller til annet sted enn folkeregistrert adresse

- Reise til behandling   
  Reise fra behandling

Adresse	Postnr.
---------	---------

Hva er grunnen til at du søker om dekning av reiseutgifter fra eller til en annen adresse enn den folkeregistrerte adressen din? **Jeg**

- var lærling/på jobb.   
  oppholdt meg på et behandlingssted/en institusjon.   
  var elev, student eller i militæret.   
  var bosatt på Svalbard.  
 fikk et uventet behov for helsehjelp. **Dokumentasjon kreves.**   
  skadet meg på jobb. **Dokumentasjon kreves.**   
  var reiseledsager.

## 6. Informasjon om reisen

Dette feltet fylles ut hvis du skal søke om å få dekket flere reiser til samme behandlingssted, tilleggsutgifter eller har byttet transportmiddel på reisen. Helsemessige behov på reisen må dokumenteres av behandler. Dette gjelder også ved reiser til øyeblikkelig hjelp. Hvis det ikke var mulig å bruke offentlig transport på strekningen, må du beskrive dette i punkt 8.

Kvitteringer på utgifter til parkering og båtbilletter må legges ved. Hvis du har hatt dokumentert behov for ledsager på reisen, og dere har brukt offentlig transport, må alle billetter legges ved. Hvis deler av reisen din allerede var betalt/rekvirert av Pasientreiser, skriv «Rekvirert reise» i feltet for transportmiddel. Kryss av for "Ledsager", hvis reisen var uten pasient.

**Bruk én rad for hvert transportmiddel. Trenger du mer plass, kan du bruke feltet i punkt 8 eller legge ved eget ark.**

Dato/kl.	Transport-middel	Reise fra (adresse)	Reise til (adresse)	Tur / retur (sett x)	Tot. antall kilometer	Bom (kr)	Billett(er) (kr)	Parkering (kr)	Piggdekk (kr)	Ledsager (sett x)

**Pasient:**

Når reiste du?

Dato dd/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

Når var du tilbake?

Dato dd/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

**Reiseledsager/pårørende/foresatt:**

Når reiste du?

Dato dd/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

Når var du tilbake?

Dato dd/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

## 7. Kost, overnatting og tapt arbeidsinntekt

Skal du søke om kost-/ overnattingsgodtgjørelse, fyll ut antall døgn du søker om. **Skal du søke om overnatting, må du også legge ved kvittering.** Overnattet du på reisen av helsemessige årsaker, må du legge ved dokumentasjon fra behandler.

**Pasient:**

**Kost**      **Overnatting**      **Tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade**

Antall døgn

Antall døgn

Antall timer

Dokumentasjon kreves.

**Reiseledsager/pårørende/foresatt:**

**Kost**      **Overnatting**      **Tapt arbeidsinntekt**

Antall døgn

Antall døgn

Antall timer

Dokumentasjon kreves.

## 8. 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.**

## 9. Samtykke, underskrift og kontonummer for utbetaling

Hvis du ønsker å reservere deg mot at søknaden behandles helt eller delvis automatisk, må du skrive det i fritekstfeltet i punkt 8 eller på eget ark.

**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 tilbakebetalings sak.

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

Dato

Kontonummer (11 siffer)

Søkers underskrift. Vennligst påse at signaturen er tydelig.