

Du kan søkje digitalt på **helsenorge.no** eller bruke dette reiserekningskjemaet. Send ferdig utfylt reiserekningskjema til:
Pasientreiser HF, Postboks 2533 Kjørbekk, 3702 Skien

Søknaden må sendast **innan seks månadar** etter at du reiste.

Nokre reiser krev dokumentasjon. Sjå rettleiaren i skjemaet for informasjon om rettar, dokumentasjon og utfylling av skjemaet.
Rettleiaren finnast hjå behandlaren din og på helsenorge.no.
 Du kan òg ringe Pasientreiser på **telefon 05515** for å få hjelp til å fylle ut reiserekningskjemaet.

BRUK BLOKKBOKSTAVER • BRUK SORT ELLER BLÅ PENN • IKKE FEST VEDLEGG SAMAN

1. Informasjon om søkjar

Sett berre kryss i eitt av feltene under. **Eg søker som**

- pasient.
 pasient og vil søkje om å få dekket utgifter for følgjeperson.
 følgjeperson. **Oppmøtebekrefting må leggjast ved.**
 foreldre for barn under 12 år.
 foreldre for barn mellom 12–18 år. **Oppmøtebekrefting må leggjast ved, eller barnet må skrive under i punkt 9.**
 formyndar/fullmektig/fosterforelder. **Dokumentasjon må leggjast ved.**
 nær pårørende. **Oppgi slektskap:**

2. Informasjon om pasienten

Fødselsnummer	Telefonnummer (8 siffer)
For- og mellomnamn	Etternamn
Adresse / postboks	Postnr.

3. Informasjon om følgjeperson/pårørende/forelder

Helsemessige behov for følgjeperson må dokumenterast, unntatte når pasienten er under 18 år

Fødselsnummer	Telefonnummer (8 siffer)
For- og mellomnamn	Etternamn
Adresse / postboks	Postnr.

Følgjeperson/pårørende/forelder

- hadde lik reise som pasienten.
 reiste utan pasienten.
 starta reisa ein annan stad enn pasienten.
 avslutta reisa ein annan stad enn pasienten.
 reiste frå og til behandlingsstaden imens pasienten var til behandling.

4. Informasjon om behandlingsstaden

Bruk eitt skjema for kvar behandlingsstad. Skal du søkje om fleire like reiser, kan datoane for disse skrivast inn i punkt 6.

Namn på behandlingssted	
Adresse	Postnr.

Oppmøtetidspunkt:

Dato DD/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

Behandlinga slutta:

Dato DD/MM/ÅÅ

Klokkeslett TT/MM

Eg nytta meg av retten til fritt behandlingsval.

5. Reise frå eller til ein annan stad enn folkeregistrert adresse

- Reise til behandling
 Reise frå behandling

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

Kva er grunnen til at du søker om dekking av reiseutgifter frå eller til ei anna adresse enn den folkeregistrerte adressa di? **Eg**

- var lærling/på jobb.
 oppheld meg på ein behandlingsstad/ein institusjon.
 var elev, student eller i militæret.
 budde på Svalbard.
 fekk eit uventa behov for helsehjelp. **Dokumentasjon krevjast.**
 skada meg på jobb. **Dokumentasjon krevjast.**
 var følgjeperson.

6. Informasjon om reisa

Dette feltet skal fyllast ut dersom du skal søkje om å få dekka fleire reiser til same behandlingsstad, tilleggsutgifter eller har bytta transportmiddel på reisa. Helsemessige behov på reisa må dokumenterast av behandlar. Dette gjeld òg ved reiser til strakshjelp. Dersom det ikkje var mogleg å bruke offentleg transport på strekninga, må du beskrive dette i punkt 8.

Kvitteringar på utgifter til parkering og båtbillettar må leggest ved. Om du har hatt dokumentert behov for følgjeperson på reisa, og dykkar har brukt offentleg transport, må du leggje ved alle billettane. Dersom delar av reisa di allereie var betalt / rekvirert av Pasientreiser, skriv du «Rekvirert reise» i feltet for transportmiddel. Kryss av for «Følgjeperson», dersom reisa var utan pasient.

Bruk ei rad for kvart transportmiddel. Om du treng meir plass, kan du bruke punkt 8 eller leggje ved separat ark.

Dato/kl.	Transport-middel	Reise frå (adresse)	Reise til (adresse)	Tur / retur (sett x)	Tal på km totalt	Bom (kr)	Billett(ar) (kr)	Parkering (kr)	Piggdekk (kr)	Følgjeperson (sett x)

Pasient:

Når reiste du?		
Dato dd/MM/ÅÅ	Klokkeslett TT/MM	
/ /	:	
Når var du tilbake?		
Dato dd/MM/ÅÅ	Klokkeslett TT/MM	
/ /	:	

Følgjeperson/pårørende/forelder:

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 søkje om kost- og overnattingsgodtgjerlse, fyll ut talet på døgn du søkjer om. **Skal du søkje om overnatting, må du òg leggje ved kvittering.** Overnatta du på reisa av helsemessige årsaker, må du leggje ved dokumentasjon frå behandlar.

Pasient:

Kost	Overnatting	Tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade	
Tal på døgn	Tal på døgn	Tal på timar	Dokumentasjon krevjast.
		,	

Følgjeperson/pårørende/forelder:

Kost	Overnatting	Tapt arbeidsinntekt	
Tal på døgn	Tal på døgn	Tal på timar	Dokumentasjon krevjast.
		,	

8. Grunngeving eller anna informasjon

Dersom du treng meir plass til informasjon eller grunngeving, kan du leggje ved eit separat ark til søknaden. **Ikkje oppgi helseopplysningar.**

9. Samtykke, underskrift og kontonummer for utbetaling

Dersom du vil reservera deg mot at søknaden blir behandla heilt eller til dels automatisk, må du skrive det i fritekstfeltet i punkt 8 eller på separat ark.

Eg samtykker til at Pasientreiser

- hentar inn opplysningar frå databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) og Norsk pasientregister (NPR).
- kan hente opplysningar og dokumentasjon som er naudsynte for å behandle søknaden min.
- kan lagre opplysningar som er naudsynte i samanheng med ein eventuell tilbakebetalingsak.

Eg stadfestar at opplysningane eg sender inn er naudsynte, korrekte og relevante for å behandle søknaden, og at alle naudsynte vedlegg er lagt ved.

Dato	Kontonummer (11 siffer)
/ /	

Søkjar si underskrift. Sørg for at signaturen er tydeleg.