

REMISS/BETALNINGSFÖRBINDELSE**Riks-, region- och mellanlänsavtal**

Personnr

★

★ = Obligatoriskt fält

Kodnr
Remiss från (inrättning, klinik avd/mott, adress, tfn)
Utdelningsadress (gata, box etc)
Postnummer Postort
Remiss till (inrättning, klinik el motsvarande, adress)
Utdelningsadress (gata, box etc)
Postnummer Postort
Kodnr

Namn
Utdelningsadress (gata, box etc)
Postnummer Postort
Tfn
Betalningsansvarigt landsting

Remiss	<input type="checkbox"/> 1 Riksavtal	Kap 2 Vård efter initiativ från hemlandstinget Kap 2 Vårdgaranti Kap 3 Akutvård Kap 4 Patientens val
	<input type="checkbox"/> 2 Regionavtal	
	<input type="checkbox"/> 3 Mellanlänsavtal	

Remissens giltighet	1 år från utfärdandet	Annan giltighet fr o m			Annan giltighet t o m			<input type="checkbox"/> Gäller endast öppen vård
	år	mån	dag	år	mån	dag		

Remiss till privat vårdgivare med kontrakt är ogiltig som betalningsförbindelse om inte tillämpligt kontrakt för ersättning anges nedan. För ytterligare information se baksidan

Ersättning från patientens hemlandsting enligt reglerna i riksavtalet. Ange det landsting vars kontrakt återopas: _____

Ersättning från patientens hemlandsting enligt hemlandstingets kontrakt med vårdgivaren.

Remitterande läkare	Datum	Underskrift och namnförtydligande	Utfärdad efter samråd med

Godkännande av hemlandsting	Datum	Underskrift, ev stämpel (Gäller endast remiss när en patient väljer slutna vård. Riksavtalet kap 4.2)

Diagnos, fråga

Noteringar

Svar

Remiss mottagen (datum)	Meddelande till remitterande läkare	
Patienten kallas för undersökning inom månader		
Patienten kallad för besök (datum)	Undersökningsdatum	Handläggare