

BEHANDLERENS NAVN/FIRMA

Legespesialist

Fysioterapeut

Kiropraktor

Naprapat

Røntgen/  
MR

HVILKEN?

Dagkirurgi

Sykehus-  
innleggelse

ADRESSE

POSTNR.

POSTSTED

ANNEN BEHANDLING?

### Utfyllende helseopplysninger - fylles ut av behandler

(Ved operasjon/større undersøkelser, vennligst legg med epikrise eller operasjonsbeskrivelse)

DIAGNOSE/SYMTOM

ICD-10 KODE

ANTALL BEHANDLINGER

BEHANDLING

DATO FOR BEHANDLINGENE/INNLEGGING


VIDERE OPPFØLGING

TOTALSUM I FØLGE VED-

LAGTE KVITTERINGER

KR

BEHANDLERENS UNDERSKIFT OG STEMPEL

Er behandlingen  
avsluttet?

Ja

Nei

Må fylles ut

### Fylles ut av forsikrede (Opplysningene er obligatoriske og skal fylles ut)

Dagens konsultasjon er:

Første  
besøk

Kontroll /  
videre opp-  
følging

FØDSELSDATO OG PERSONNUMMER

AVTALENUMMER

NAVN

ADRESSE

POSTNR.

POSTSTED

KONTONUMMER

TELEFON DAGTID

E-POSTADRESSE

Tidspunkt for  
sykdomsdebut?

MM

ÅÅ

BESKRIV ÅRSAKEN TIL LEGEBESØKET / BEHANDLINGEN (DIAGNOSE / SYMPTOM)

Har du tidligere oppsøkt  
medisinsk personell / blitt  
behandlet for dette?

Ja

Nei

Om Ja

MM

ÅÅ

BEHANDLERENS NAVN OG ADRESSE?

### Underskrift

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg samtykker i at Storebrand Helse kan innhente / ta del i medisinske opplysninger som er relevante for skadeoppgjøret.

STED

DATO

UNDERSKRIFT