

Vi gjør oppmerksom på at all behandling skal være forhåndsgodkjent av Storebrand Helse.

BEHANDLERENS NAVN/FIRMA

Legespesialist

Fysioterapeut

Kiropraktor

Naprapat

Røntgen/
MR

HVILKEN?

Dagkirurgi

Sykehus-
innleggelse

ADRESSE

POSTNR.

POSTSTED

TELEFONNR. DAGTID

KONTONUMMER

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

SUM

BEHANDLERENS UNDERSKIFT OG STEMPEL

KR

Er behandlingen avsluttet?

Ja

Nei

Kostnader vedrørende kunder som uteblir fra undersøkelse/behandling skal belastes kunden og forsikringsselskapet.

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

Dagens konsultasjon er:

Første besøk

Kontroll / videre oppfølging

FØDSELSDATO OG PERSONNUMMER

AVTALENUMMER

NAVN

ADRESSE

POSTNR.

POSTSTED

TELEFONNR. DAGTID

E-POSTADRESSE

Tidspunkt for syklusdebut?

MM AA

BESKRIV ÅRSAKEN TIL LEGEBESØKET / BEHANDLINGEN (DIAGNOSE / SYMPTOM)

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

Ja

Nei

Om Ja

MM

AA

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