

I samband med första besöket ska försäkrad fylla i A – C. Vårdgivare besvarar uppgifter under D vid första besöket. Vid övriga besök räcker det med att Vårdgivaren fyller i den försäkrades namn och personnummer under B samt uppgifter under D.

» A. Försäkrings-/skadenummer

Ev. gruppavtal/gruppavtalsnummer	Försäkringsnummer	Skadenummer
----------------------------------	-------------------	-------------

» B. Personuppgifter försäkrad – vid återbesök endast namn och personnummer

Namn på den försäkrade/vårdsökande	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post (vårdnadshavarens e-post för barn under 18 år)

» C. Skadeanmälan – fylls i av den försäkrade i samband med första besöket

När insjuknade du/barnet - När inträffade skadan (ÅÅMMDD)	När anlätades läkare första gången för dessa besvär (ÅÅMMDD)
Läkarens och sjukhusets/klinikens namn och ort	
Har läkare anlåtats tidigare för liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när?
Läkarens/sjukhusets namn	
Kompletterande uppgifter	

» D. Vårdgivarens uppgifter – ifylls i samband med varje besök

Datum för läkarbesök (ÅÅMMDD)	Utskriftsdatum	Fakturanummer	
För- och efternamn		Företagsnamn	
Personnummer/organisationsnummer		Utdelningsadress	
Postnummer och ort		E-post	
<input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro Nummer:	Finns F-skattesedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Nybesök <input type="checkbox"/> Återbesök <input type="checkbox"/> Remiss från:			
Diagnos			
Utfört <input type="checkbox"/> Allmänmedicin <input type="checkbox"/> Hud <input type="checkbox"/> Invärtesmedicinska specialiteter <input type="checkbox"/> Kirurgi, ortopedi och urologi <input type="checkbox"/> Gynekologi <input type="checkbox"/> Psykologisk behandling Antal besök: _____ <input type="checkbox"/> Särskilda åtgärder (specificera nedan)	Arvode Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____	Utfört <input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar <input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halssjukdomar <input type="checkbox"/> Neurologi <input type="checkbox"/> Reumatologi <input type="checkbox"/> Naprapati, Fysioterapi (enligt EA:s specifikation) Antal besök: _____ <input type="checkbox"/> Laboratorieundersökning <input type="checkbox"/> Röntgenundersökning (Rtg, MR, CT, U-ljud)	Arvode Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____ Kr _____
Särskilda åtgärder		Totalt kronor:	
Underskrift vårdgivare		Namnförtydligande	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se/vardgivare

0771 – 10 50 14