

» Datum och försäkringsnummer

Datum (ÅÅMMDD)	Försäkringsnummer
----------------	-------------------

» Från vilken vårdgivare/vårdinrättning

Behandlande läkare	Vårdenhet/vårdinrättning
Telefon-/faxnummer	E-post

» Patientuppgifter

Namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och Ort	
Telefon		E-post	
Längd	Vikt	BMI	Är skadeanmälan lämnad till patient? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Röker patienten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

» Operation/särskild åtgärd

Operationskod/åtgärdskod		Diagnos	
Operation/särskild åtgärd			
Patienten har haft besvär sedan (datum)		Kostnad för operationen/åtgärden	
<input type="checkbox"/> Dagkirurgi <input type="checkbox"/> Sluten vård	Antal vårddygn	Anestesiform <input type="checkbox"/> Lokalt <input type="checkbox"/> Anesti	
Planerad operationstid		Samtycker patienten till föreslagen operationstid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har patienten fått konservativ behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, under hur lång tid och med vilken effekt?		

» Betalningsbelrättelse/avslag

<input type="checkbox"/> Försäkringen ersätter kostnaden	<input type="checkbox"/> Försäkringen ersätter inte kostnaden
Datum (ÅÅMMDD)	Euro Accidents skade ID anges vid fakturering
Euro Accidents Medicinska Kundcenter/namn-teckning skadereglerare	E-post
Namn-förtydligande	Telefon

**Handlingarna skickas till:**

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

0771 -10 50 18