

# Refusjonsskjema

Refusjon av utlegg til preparater brukt ved forberedelse til polikliniske undersøkelser

**BRUK BLOKKBOKSTAVER. Vennligst ikke bruk tape eller stift på kvitteringer.**

## Opplysninger om pasienten (må fylles ut)

Etternavn										Fornavn/mellomnavn									
Adresse															Fødselsnummer 11 siffer				
Postnummer					Poststed										Telefonnummer				

## Utgifter til behandling i henhold til vedlagt dokumentasjon

Timeavtale dato	Timeavtale klokkeslett	Medikament	Vedlegg nr.	Beløp

## Eventuelle merknader

--

## Utbetaling (må fylles ut)

Refusjonen utbetales til kontonummer:	
Navn på kontoinehaver:	
Kontoinehavers adresse:	

## Underskrift

Jeg bekrefter at opplysningene er korrekte.

Dato	Sted	Underskrift

Skjemaet og kvitteringer sendes til: Lovisenberg Diakonale sykehus  
Medisinsk poliklinikk  
Postboks 4970  
Nydalen, 0440 OSLO

Attestert LDS: