

## Krav om dekning av reiseutgifter

Du har rett til å få dekt nødvendige utgifter når du skal reise til og fra behandling. Hovedregelen er at du får dekt den billigste reisemåten med rutegående transport til og fra den nærmeste behandlingsstaden. Avstanden til behandlingsstaden må vere minst tre kilometer, og reisa må koste meir enn lokal minsteprest. Ved alle pasientreiser må du betale ein eigendel. Eigendelen blir lagt til grunn for frikort og kan registrerast på eigendelskortet.

Sjå rettleiinga for Krav om dekning av reiseutgifter - ho er tilgjengeleg hos behandlar eller på [www.pasientreiser.no](http://www.pasientreiser.no).

Dette må du hugse å leggje ved:

- Stadfesting på at du har møtt opp hos behandlaren, for eksempel oppmøtestadfesting, stempla reiserekningsskjema eller stempla timekort
- Alle originalkvitteringar for reiseutlegg, for eksempel togbillett eller kvittering for parkering
- Stadfesting frå behandlaren på at pasienten hadde behov for reisefølgje
- Stadfesting frå behandlaren dersom du har brukt dyrare transportmiddel av helsemessige årsaker (drosje / privat bil)
- Eventuell kvittering for overnatting

Personlege dokument som frikort, pass eller fødselsattest skal ikkje sendast inn.

Treng du hjelp til å fylle ut reiserekningsskjemaet, kan du ringje Pasientreiser 05515.

**BRUK BLOKKBOKSTAVAR, BLÅ ELLER SVART PENN.  
OBLIGATORISKE FELT ER MERKTE MED \*.**

### 1. Personopplysningar for den som søker om å få dekt utgifter

Eg har vore \*  pasient  reisefølgje

Namn *		Fødselsnummer *	
Adresse *		Telefonnummer *	
Postnr. *	Poststad *	Kontonummer *	

### 2. Eg samtykkjer i at helseføretaket kan undersøkje om eg har frikort (gjeld pasientar). \*

Ja  Nei

### 3. Har du vore reisefølgje? Viss nei, gå vidare til punkt 4

Set kryss dersom du har vore reisefølgje for barnet ditt.

Namnet på pasienten *		Fødselsnummeret til pasienten *	
Adressa til pasienten *			
Postnr. *	Poststad *		

#### HUGS:

Legg ved stadfesting frå behandlaren på at pasienten hadde behov for reisefølgje av helsemessige årsaker.

### 4. Behandlingsstad

Set kryss dersom du har gjort deg nytte av retten til fritt sjukehusval.

Namnet på behandlingsstaden *		Avdeling	
Adresse *		Felt hvor behandler kan stemple navn og adresse, og signere for pasientens oppmøte. Bekreftelsen må ha dato og klokkeslett.	
Postnr. *	Poststad *		

