

Bekreftelse på avsluttet behandling av fristbruddpasient

Behandler skal fylle ut dette skjemaet innen 14 – fjorten – dager etter at utredningen/ behandlingen av fristbruddpasienten er avsluttet. Fyll ut alle felter og send skjemaet til Helfo.

Saksnummer fra fristbruddportalen:

Pasientopplysninger

| | |
|--|--------------------|
| Fødselsnummer (11 siffer) eller D-nummer | Fornavn, etternavn |
|--|--------------------|

Utredning/behandling

| | |
|---|---------------------|
| Dato for oppstart | Dato for avslutning |
| ICD-10-kode eller -kapittel | |
| Hvilken utredning/behandling er foretatt? | |
| Anbefalt videre oppfølging | |

Kostnad for utredning/behandling

| |
|---------------------|
| Fakturert totalpris |
|---------------------|

Institusjon der utredning/behandling er foretatt

| | |
|---------------------|------------------|
| Navn på institusjon | Navn på avdeling |
|---------------------|------------------|

Underskrift av kontaktperson hos behandler

| | |
|--------------|----------------------------|
| Sted og dato | Underskrift, ID og stempel |
|--------------|----------------------------|