

## Krav om dekning av reiseutgifter

Du har rett til å få dekket nødvendige utgifter når du skal reise til og fra behandling. Hovedregelen er at du får dekket billigste reisemåte med rutegående transport til og fra nærmeste behandlingssted. Avstanden til behandlingsstedet må være minst tre kilometer, og reisen må koste mer enn lokal minstetakst. Ved alle pasientreiser må du betale en egenandel. Egenandelen legges til grunn for frikort og kan registreres på egenandelskortet.

Se Veiledning for Krav om dekning av reiseutgifter - tilgjengelig hos din behandler eller på [www.pasientreiser.no](http://www.pasientreiser.no).

### Du må huske å legge ved:

- Bekreftelse på at du har møtt opp hos behandler, for eksempel oppmøtebekreftelse med dato og klokkeslett for behandling, stemplet reiseregningsskjema eller stemplet timekort
- Alle originalkvitteringer for reiseutlegg, for eksempel togbillett eller kvittering for parkering
- Bekreftelse fra behandler på at pasienten hadde behov for ledsager
- Bekreftelse fra behandler dersom du har benyttet dyrere transportmiddel av helsemessige årsaker (drosje/privat bil)
- Eventuell kvittering for overnatting

Personlige dokumenter som frikort, pass, fødselsattest e.l. skal ikke sendes inn.

For hjelp til utfylling av reiseregningsskjema, ring Pasientreiser 05515.

**BRUK BLOKKBOKSTAVER, BLÅ ELLER SVART PENN.  
OBLIGATORISKE FELTER ER MERKET MED \*.**

### 1. Personopplysninger for den som søker om dekning av utgifter

Jeg har vært \*  pasient  ledsager

Navn *		Fødselsnummer *	
Adresse *		Telefonnummer *	
Postnr *	Poststed *	Kontonummer *	

### 2. Jeg samtykker i at mitt helseforetak kan undersøke om jeg har frikort (gjelder pasienter) \*

Ja  Nei

### 3. Har du vært ledsager? Hvis nei, gå videre til punkt 4

Sett kryss dersom du har vært ledsager for ditt barn.

Pasientens navn *		Pasientens fødselsnummer *	
Pasientens adresse *			
Postnr. *	Poststed *		

### HUSK:

Legg ved bekreftelse fra behandler på at pasienten av helsemessige årsaker hadde behov for ledsager.

### 4. Behandlingssted

Sett kryss dersom du har benyttet deg av retten til fritt sykehusvalg.

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

**5. Reiseutgifter for reise til og fra behandlingsstedet**

Bruk én rad for hvert transportmiddel.

Dato*	Fra*	Til*	Reisemåte* F.eks. bil, båt, buss, tog. Legg ved billetter og originalkvitteringer.	Antall km* Ved bruk av privat bil.	Beløp NB! Ved bruk av privat bil oppgis ikke beløp.
Andre utgifter, f.eks. parkeringsavgift, bompenger					

**6. Kost og overnatting**Jeg reiste fra mitt bosted dato:  /  kl:  :  og var tilbake på mitt bosted dato:  /  kl:  : **Kostgodtgjørelse:**Jeg har vært på reise i mer enn 12 timer, og søker kostgodtgjørelse for  døgn etter gjeldende satser.**Overnattingsgodtgjørelse:**Jeg har vært på reise i  døgn og har hatt utgifter til overnatting. Derfor søker jeg om å få dekket utgifter etter gjeldende satser.**7. Eventuelle merknader****8. Underskrift**

Jeg samtykker i at de oppgitte opplysningene er korrekte, og at de kan registreres til bruk for utbetaling.

Sted og dato \*

Underskrift \*