

## Skýrsla vegna ferðakostnaðar sjúklings innanlands

Eyðublað þetta notast í eftirfarandi tilvikum:

- ítrekaðar ferðir vegna alvarlegra sjúkdóma
- ferðir foreldra á fræðslunámskeið
- ferðir þar sem ekki er unnt að nota almenningsfarartæki af heilsufarsástæðum
- bráðatilvik

1. Nafn	2. Kennitala	
3. Heimilisfang	Póstnúmer	Staður
4. Heimasími / GSM / vinnusími	Netfang	

5. Nafn maka, foreldris eða nánasta aðstandanda	7. Kennitala
---	--------------

### Sótt er um endurgreiðslu ferðakostnaðar samkvæmt neðanskráðu

8. Farartæki	9. Frá	10. Til	
11. Bráðatilvik <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei			
12. Sótt er um: <input type="checkbox"/> Ferðakostnað fyrir sjúkling einan <input type="checkbox"/> Ferðakostnað með fylgdarmanni (rökstyðjið í reit 13) <input type="checkbox"/> Ferðakostnað með leigubifreið í ferð skemmri en 20 km (rökstyðjið í reit 13)			
13. Rökstuðningur sbr. reit 12.			
14. Nafn sérfræðings, sjúkrastofnunar og sérgrein sem vísað er til			
15. Meðferðarstaður <input type="checkbox"/> Sjúkrahús	<input type="checkbox"/> Göngudeild	<input type="checkbox"/> Stofa sérfræðings	<input type="checkbox"/> Annar, hvar
16. Tegund meðferðar <input type="checkbox"/> Greining	<input type="checkbox"/> Meðferð	<input type="checkbox"/> Eftirlit	<input type="checkbox"/> Endurhæfing
17. Hvenær er áætlað að meðferð fari fram? Tilgreinið tímabil			
18. Sjúkdómsgreining / tilefni ferðar			19. ICD 10
20. Ágrip af sjúkrasögu			
21. Hvað hefur sjúkdómurinn eða einkennin staðið lengi?			

22. Hefur annar sérfræðingur skoðað eða stundað sjúklinginn vegna þessa sjúkdóms? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei Ef já, nafn sérfræðings _____ Hvenær _____	
23. Hefur sjúklingur dvalist á sjúkrahúsi vegna þessa sjúkdóms? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	
24. Ferðir sem sótt er um	
25. Hvenær er sjúklingur boðaður næst?	

26. Sótt er um ferðakostnað foreldra / nánustu aðstandenda til að sækja viðurkennt fræðslunámskeið (aðeins vegna alvarlega fatlaðra einstaklinga og sjúklinga sem haldnir eru alvarlegum langvinnnum sjúkdómum). <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	
27. Hvaða fræðslunámskeið er um að ræða?	
28. Á hvers vegum er námskeiðið?	

29.	Dagsetning
Nafn læknis/ljósmóður	_____
Læknisnúmer	_____
Aðsetur	Undirskrift læknis/ljósmóður
Sími	_____
Netfang	_____

Vottorð þetta skal senda til viðkomandi umboðs (hjá sýslumönnum á hverjum stað) eða senda rafrænt til Sjúkratrygginga í gegnum Réttindagátt (einstaklingar) eða Gagnagátt (heilbrigðisstarfsmenn) inni á [www.sjukra.is](http://www.sjukra.is). Ákvörðun Sjúkratrygginga skal að jafnaði liggja fyrir áður en ferð er farin nema um bráðatilvik sé að ræða.