

Umsókn um undanþágu vegna lýtalækninga sem krefjast fyrirfram samþykkis Sjúkratrygginga

Athugið að umsókn fyllist út í samráði við heimilis- eða heilsugæslulækni

1. Nafn sjúklings		2. Kennitala	
3. Netfang	4. Sími	5. Farsími	
6. Meðferð áætluð þann			
7. Nafn lækis sem fyllir út umsókn		8. Læknisnúmer	
9. Nafn lækis sem mun framkvæma aðgerðina		10. Læknisnúmer	
11. Meðferðarstaður			
<input type="checkbox"/> Sjúkrahús			
<input type="checkbox"/> Læknastofa			
12. Meðferð:			
Númer meðferðar sbr. dálk I í fylgiskjali með reglugerð nr. 722/2009			
Tegund meðferðar:			
Nánari upplýsingar:			
13. Fylgiskjal með umsókn:			
<input type="checkbox"/> Vottorð heilsugæslu- eða heimilislæknis um skerta líkamsfærni			
<input type="checkbox"/> Mynd af lýti / mynd af andliti			

Athugið að réttur sjúkratryggðs til greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga vegna lýtalækninga þegar krafist er fyrirfram samþykkis Sjúkratrygginga fellur niður ef meðferð er framkvæmd án umsóknar um undanþágu eða áður en stofnunin hefur tekið afstöðu til umsóknar.

14. Undirskrift umsækjanda	15. Umsókn móttekin hjá Sjúkratryggingum
Dags.	Dags.