

**Umsókn um greiðsluþátttöku
vegna heimflutnings sjúklings skv.
7. gr. Norðurlandasamningsins**

 **Sjúkratryggingar Íslands**
Vínlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
international@sjukra.is
www.sjukra.is

| | |
|---------------------------|---|
| 1. Nafn sjúklings: | 2. Fæðingardagur/kennitala: |
| 2. Tryggingaland: | |
| 3. Komudagur til Íslands: | 4. Áætlaður brottfaradagur frá Íslandi: |

5. Fylgigögn:

Meðfylgjandi er:

Ljósrit af skilríkjum sem staðfesta búsetu á Norðurlöndunum*
 Læknaskýrsla*
 Annað, hvað?

*Umsókn verður ekki tekin til afgreiðslu nema gögn fylgi með.

6. Innlögn:

Er sjúklingur innliggjandi á sjúkrastofnun Já Nei

Ef Já, hversu langa viðbótarlegu er útlit fyrir?

1-5 daga í viðbót 6-10 daga í viðbót lengur (hve lengi?)

7. Ástæða heimflutnings?

8. Upplýsingar um ástand sjúklings við heimflutning:

Sjúklingur mun leggjast beint inn á sjúkrastofnun í sínu heimalandi
 Sjúklingur mun útskrifast til síns heima

9. Hvaða kostnað er óskað eftir að SÍ greiði (t.d. fargjald fylgdarmanns, sjúkrabörur o.s.frv.)?

| | |
|--|-------------------------|
| 10. Nafn læknis, starfsstöð, vinnusími, farsími og netfang | 11. Læknarnr. |
| 12. Staður og dagsetning: | 13. Undirskrift læknis: |