

Umsókn um undanþágu vegna lýtalækninga sem krefjast fyrirfram samþykkis SÍ

Ath. fyllist út í samráði við heimilis- eða heilsugæslulækni



Vínlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
www.sjukra.is

Viðtakandi umsóknar:
Sjúkrtryggingar Íslands (SÍ)
Vínlandsleið 16, 113 Reykjavík

1. Nafn sjúklings		2. Kennitala	
3. Netfang	4. Sími	5. Farsími	
6. Meðferð áætluð Dags.			
7. Nafn læknis sem fyllir út umsókn		8. Læknisnúmer	
9. Nafn læknis sem mun framkvæma aðgerðina		10. Læknisnúmer	
11. Meðferðarstaður <input type="checkbox"/> Sjúkrahús <input type="checkbox"/> Læknastofa			
12. Meðferð: Númer meðferðar sbr. dalk 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 sjúkrtryggðs til greiðsluþátttöku sjúkrtrygginga vegna lýtalækninga þegar krafist er fyrirfram samþykkis Sjúkrtrygginga Íslands fellur niður ef meðferð er framkvæmd án umsóknar um undanþágu eða áður en stofnunin hefur tekið afstöðu til umsóknar.

14. Undirskrift umsækjanda Dags.	15. Umsókn móttekin hjá SÍ Dags.
-------------------------------------	-------------------------------------