Tannhelsetenesta
Vestland fylkeskommune

Vestland fylkeskommune - Krav om dekking av skyssutgifter

Du kan ha rett på å få refundert delar av reiseutgifter til behandling på offentleg tannklinikk. Ordninga gjeld for barn og unge 0-18 år, personar med psykisk utviklingshemming, personar som har heimesjukepleie i over 3 mnd. og personar i TOO-tilbodet. Hovudregelen er at du får dekt billegaste reisemåte. Du betalar reisene sjølv og får refundert utgiftene som overstig eigenandelen på 1530 kr. Dette inngår ikkje i anna ordning med frikort.
Lever/send ferdig utfylt skjema og originale kvitteringar til tannklinkken du fekk behandling på.

NB! Kravet må sendast inn innan utgangen av året. **BRUK BLOKKBOKSTAVAR**

1. Opplysningar om pasienten (må fyllast ut)

For/mellomnamn _____ Etternamn _____

Adresse _____ Fødselsnummer _____

Postnummer _____ Poststad _____ Telefon _____

2. Opplysningar om reisefølgje

For/mellomnamn _____ Etternamn _____

3. Reise (må fyllast ut)

Bruk av privat bil kr 5 per km.

Dato	Klokka	Frå	Til	Tur/ retur	Reisemåte	Kilometer	Beløp
- Eigendel pr. kalenderår 1530 kroner							
Sum til utbetaling (Overfør til punkt 4. Utbetal kr)							

4. Utbetaling til (Må fyllast ut)

For/mellomnamn _____ Etternamn _____

Adresse _____ Postnummer _____ Poststad _____

Bankkontonr _____ Fødselsnr. _____ Utbetal kr _____

5. Merknader (fyll ut telefonnr. og andre korte meldingar)

Telefon:

6. Samtykke og underskrift (må fyllast ut)

Eg stadfestar å ha oppgitt rette opplysningar. Vestland Fylkeskommune kan innhente informasjon for å behandle kravet.

Stad/Dato _____ Underskrift _____

7. Attestasjon frå tannklinikk/behandlar (fyllest ut av tannklinikk)

Pasient tilhøyrer ☐ Gruppe A ☐ Gruppe B ☐ Gruppe C2 ☐ TOO

Pasient var til behandling på aktuelt tidspunkt ☐ Ja ☐ Nei

Originale kvitteringar for utlegg til reise er vedlagt ☐ Ja ☐ Nei

Pasient må/måtte ha følgje ☐ Ja ☐ Nei

Pasient måtte nytte dyrare transport av helsemessige årsaker (drosje/bil) ☐ Ja ☐ Nei

Drosje fakturerer tannhelsetenesta direkte, fråtrekt eigenandel. Rekvisisjon ☐ Ja

Tannklinikk _____ Namn på behandlar / att _____

Stad/Dato _____ Underskrift _____