**BLANKETT FÖR MEDBORGARE FRÅN EU/EES-LAND**

**SAMTLIGA uppgifter MÅSTE anges - Be patienten hjälpa till. TEXTA!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klinik, mottagning, vårdcentral:** | | |
| **Besöksdatum:** | | **Patientavgift: SEK** |
| **Läkarbesök  Sjukvårdande behandling** | | **Faktureras: SEK** |
| **Patientens namn:**    *Name of patient*  *Name des Patient*  *Nom du patient* | **Födelsedatum (dag, mån, år):**  *Date of birth (day, month, year)*  *Geboren am*  *Date de naissance* | |
| **För patient yngre än 18 år/Målsmans namn och födelsedatum:**  *For patient younger than 18 years/Name and date of birth of*    *guardian (parents)*  *Für Patienten unter 18 Jahren/Name und Geburtstag des*  *Vormunds (Eltern)*  *Patients au-dessous de 18 ans/Nom et date naissance du*  *tuteur (Parents)* | | |
| **Fullständig adress i hemland:**    *Address in country of residence*  *Adresse in Heimatland*  *Adresse au pays domicilie* | | |
| **Adress i Sverige:**    *Address in Sweden*  *Adresse in Schweden*  *Adresse en Suede* | | |
| **Medborgarskap:**  *Citizenship*  *Staatsbürgerschaft*    *Nationalité* | | |
| **För medborgare i EU/EES-land:** Bifoga kopia på europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort)/intyg eller  motsvarande  **Citizens of an EU/EES-country:** Enclose a copy of your European medical care insurance card  **Mitbürger eines EU/EES Landes:** Eine kopie die europeische Krankenversicherungskarte beifügen  **Citoyens de l’UE/EEE:** Joindre une copie de la Carte d’assurance Maladie  **Kopia på EU-kort/intyg eller motsvarande har bifogats med blanketten: JA  NEJ** | | |

**Blankett ifylld av (Namn):**

**CSD 1096 (13-04)**