**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 ellermotsvarande**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)**