

Oplysningskema/Information Form/ Informationsformular/ Formulaire d'information

Nedenstående skema bedes udfyldt forud for anmodning om planlagt behandling *mod vederlag* på et offentligt sygehus i Danmark

Please complete the application form below before requesting planned treatment *against a fee* at a public hospital in Denmark.

Das folgende Formular muss vor dem Antrag für eine geplante Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus in Dänemark gegen Bezahlung ausgefüllt werden.

Vous devez remplir le formulaire ci-dessous avant de demander des soins programmés *contre rémunération* dans un hôpital public au Danemark

Navn:	Hr./Fru _____
Name:	Mr/Mrs/Miss _____
Name:	Herr/Frau _____
Nom et prénom:	M./Mme./Mlle. _____
Adresse/Land:	_____
Address/Member State:	_____
Adresse/Mitgliedstaat:	_____
Adresse/État membre:	_____
Fødselsdato:	dd.mm.åå: __ __ ____
Date of Birth:	dd.mm.yy: __ __ ____
Geburtsdatum:	DD.MM.JJ: __ __ ____
Date de naissance:	jj/mm/aa: __ __ ____
Statsborgerskab:	_____
Nationality:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Nationalité:	_____

<p>I henhold til Forordning 883/2004 Sikringsland:</p> <p>Regulation 883/2004 Member state of health insurance and social security:</p> <p>In Folge der Verordnung 883/2004 Versicherungsstaat:</p> <p>Vu le règlement (CE) no. 883/2004 Pays d'assurance maladie:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>EU-sygesikring Kortnummer:</p> <p>European Health Insurance Card number:</p> <p>EU-Krankenversicherung Kartenummer:</p> <p>Numéro de la carte européenne d'assurance maladie:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Pasnummer:</p> <p>Passport no.:</p> <p>Pass-Nummer:</p> <p>Numéro de passeport:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Lægehenviisning til sygehusbehandling :</p> <p>Doctor`s referral for hospital treatment:</p> <p>Ärztliche Überweisung zur Krankenhausbehandlung:</p> <p>Référence médicale aux soins hospitaliers</p>	<p>Ja____ Nej____</p> <p>Yes____ No____</p> <p>Ja____ Nein____</p> <p>Oui____ Non____</p>

Forventet behandling/diagnose:	_____
Expected treatment/diagnosis:	_____
Vorraussichtliche Behandlung/Diagnose:	_____
Soins prévus/Diagnostic:	_____
Ønsket sygehus for behandling:	_____
Desired hospital for treatment:	_____
Gewünschtes Krankenhaus für die Behandlung:	_____
Hôpital préféré des soins	_____
Tidspunkt for behandling:	_____
Time of treatment:	_____
Zeitpunkt der Behandlung:	_____
Date des soins:	_____

Underskrift/Signature/ Unterschrift/ Signature:

Dato/Date/Datum/Date _____

Dette ansøgningskema sendes til:
Patientvejledningen@regionsjaelland.dk eller
 Region Sjælland, Alleén 15, 4180 Sorø, Danmark – att.: Patientvejledningen

This Information form must be sent to: Patientvejledningen@regionsjaelland.dk or
 Region Sjælland, Alleén 15, 4180 Sorø, Denmark – att.: Patientvejledningen

Dieses Formular bitte an folgende Adresse senden:
Patientvejledningen@regionsjaelland.dk oder
 Region Sjælland, Alleén 15, 4180 Sorø, Dänemark – z.H.: Patientvejledningen

Vous pouvez envoyer votre application à :
Patientvejledningen@regionsjaelland.dk ou à
 Region Sjælland, Alleén 15, 4180 Sorø, Danemark – att.: Patientvejledningen

