

## Förfrågan Operation

Skadenummer: ( Fylls i av vårdgivaren. Obligatorisk uppgift)	Datum
Försäkrad är kund i följande försäkringslösning: (t. ex. Vardia, Movestic, White Label Care, Well Care m.fl.)	

### Vårdgivare/Vårdinrättning

Behandlande läkare	
Vårdenhet/vårdinrättning	
Telefon	Fax

### Patientuppgifter

Namn	Personnummer
Telefon	Email
Adress	Postadress och ort

### Behandling/operation

Operationskod	Diagnos
Beskrivning av operation	
Patienten har haft besvär sedan ( datum)	
Har patienten fått konservativ behandling, om ja, under hur lång tid och med vilken effekt.	
Typ av vård <input type="checkbox"/> Dagkirurgi <input type="checkbox"/> Sluten vård	Antal vårddygn vid slutna vård
Planerat datum för operation	Samtycker patienten om till föreslagen operationstid?
Kostnad för behandling/operation i kr	

### Betalningsbekräftelse/avslag/komplettering (fylls i av försäkringsgivaren)

Försäkringen ersätter kostnaden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kompletteringsbehov, specificera
Datum	Namnteckning skadereglerare
Telefon	Email

**Skicka förfrågan till:** Vardia Care, FE 503 62, 832 82 Frösön  
**Kontakta oss:** vardplanering@vardiacare.se  
**Faxnummer:** 08-522 505 05