

Datum

dag-månad-år

Följebrev

Betalningsförbindelse/
specialistvårdsremiss/ utomlännsremiss

Betalningsförbindelse och följebrev skickas till:

Ågrenska, familjeverksamheten,
Box 2058, 436 02 Hovås

Vänligen fyll i nedanstående uppgifter
och bifoga detta följebrev tillsammans
med er betalningsförbindelse.
Vi behöver fullständiga uppgifter från
er region för att kunna hantera er
betalningsförbindelse/remiss.

*Obligatoriska uppgifter

Familjevistelse/diagnos

Avser familjevistelse och datum*

Information om barnet med diagnos

Barnets/patientens för- och efternamn*

Personnummer 10 siffror *

Barnets diagnos*



ÅGRENSKA

Faktureringsuppgifter

Faktureringsadress*
Kostnadsställe/referensnummer/beställar-ID*
Behandlande läkare*
Mobil/telefon*
Godkännande av hemregion/Beslutsfattare/Verksamhetschef*
Mobil/telefon*



ÅGRENSKA