

Uttag av läkemedel avsedda att förbrukas under en längre period än 90 dagar

PERSONUPPGIFTER		
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	tfn
Utdelningsadress	postnummer	postadress

UTLANDSVISTELSE	
Land	Period. Fr o m - t o m

LÄKEMEDEL	
Läkemedlets namn	Förskrivande läkare samt dennes arbetsplats
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Intygar att ovan uppgifter är korrekta

Datum _____

Namnteckning _____

BESLUT

REGIONENS NOTERINGAR	
<input type="checkbox"/>	Härmed beslutas att ansökande person får utnyttja högkostnadsskydd för läkemedel avsedda att förbrukas under sin utlandsvistelse.
<input type="checkbox"/>	Ansökan avslås
Datum	Motivering
	Namnteckning
Plats för stämpel, Diarienummer	Namnförtydligande

**Ansökan skickas till:
Enheten för sjukvårdsfarmaci, Ing. 4, Regionhuset, 721 89 Västerås**