

Betalning

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Användare

Ange samtliga mottagare

--	--

Patient*

Personnummer

Namn

Ärendenummer

--	--	--

Betalningsgrundande datum

Aktivitetstyp

Status

Datum

Kommentar

Inskrivning			
Meddelande om utskrivningsklar			
Utskrivningsmeddelande			
Avbrott start			
Avbrott slut			

Betalningsperioder

Startdatum (åååå-mm-dd)	Utskrivnings- klar start (åååå-mm-dd)	Beräknat till (åååå-mm-dd)	Betalnings-grundande dagar	Kallelse till SIP-möte (åååå-mm-dd)	Kallelse status

Betalinformation

Kostnad per dag*	Antal betalddagar	Sammanlagd kostnad*

Signatur

Tidpunkt

Kommentar

--	--	--