

Hälsundersökningar

Fakturaunderlag

Mottagning:.....

Ansvar/kostnadställe:.....

GRUPP:

1. Asylsökande
2. Asylsökande som fått uppehållstillstånd och inte gjort en hälsundersökning under asyltiden
3. Anknytning till flykting
4. Kvotflykting
5. Övrigt barn

Besöks- datum	LMA-nummer * (obligatoriskt för asylsökande)	Patientens namn	Grupp	Födelsedata / Personnummer	Belopp **

* Grupp 2, 3, 4, 5 har inga LMA-nummer

** Se www.vgregion.se/asylenheten

2023-11-22