

Läkarvård/sjukvårdande behandling  
asylsökande

## Fakturaunderlag

Mottagning:.....

Ansvar/kostnadsställe:.....

Besöks- datum	LMA-nummer (obligatoriskt)	Namn	Läk- vård	Sjukv -beh	Pat- avgift*	Födelsedata/reservnummer	Belopp minus pat.avg

\*Se patientavgiftsboken

[Patientavgiftshandboken - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)