

Makulering/korrigerig Slutenvård

Pers.nr/Kundnr.....

Vårdtillfälle.....

Avdelning/Sjukhus.....

Hela vårdtillfället ska makuleras

Del av vårdtillfälle ska korrigeras

- Vårdtillfälle **innan**
korrigerig.....
- Vårdtillfälle **efter**
korrigerig.....

OBS! Korrigeringen ska stämma överens med det som finns i Elvis

Anledning till makulering/korrigerig.....

.....

.....

.....

Datum och Beslutsattest	Namnförtydligande
Belopp	Telefonnummer

Efter attest skickas underlaget till
Fakturerig Ekonomiservice, Patientfaktura, Regionens Hus,
462 80 Vänersborg.