

REGNING FOR LEGE-LEDSAGELSE MED AMBULANSE

(Der legen vurderer at ordinær ambulansekompetanse ikke er tilstrekkelig)

Sendes til: Helse Møre og Romsdal HF, Klinikk for prehospitaltjenester,
Postboks 1600, 6026 Ålesund

LEDSAGER	Navn:	Personnr.:
	Adresse:	(For lønsmottakere)
	Tjenestekommune:	Org.nr.:
	Dato og Underskrift:	(For selvstendige næringsdrivende)
	E-post:	Skatte-kommune:
		Bankkonto:
		Stempel:

AMIS/AMK-nr: _____ **Dato:** _____ **Ambulansebil** **Ambulansebåt**

PASIENT	<input type="checkbox"/> Norsk statsborger <input type="checkbox"/> Skandinav <input type="checkbox"/> EØS-borger <input type="checkbox"/> EU-borger <input type="checkbox"/> Annet land: _____
	Personnr.: _____ <input type="checkbox"/> Forsikringsnummer: _____
	Navn: _____
	Adresse: _____
	Evt. midlertidig adresse: _____
	Medisinsk årsrask for ledsagelse: _____

Dersom pasient fra "annet land" ikke har forsikring skal det kreves kontant betaling. Dersom dette ikke lar seg gjøre skal det tas nødvendige kopier av vedkommendes pass som vedlegges denne regningen.

Merknad:

TRANSPORT / TAKST	Fra kl.	Til kl.	Totalt (timer/minutt).
Ledsagelse pasient avreist hentested m/ pasient til avleveringssted:			
Retur til legekantor etter avlevert pasient:			
Tidsforbruk kontrolleres i henhold til Amis logg i AMK.			Totalt timebruk: _____
Timestats pr. 1 januar 2022 er ihht salærforskriften §2 første ledd kr. 1 121,- Timesatsen gjelder for hele døgnet inkludert helg og helligdag, timebruk rundes opp til nærmeste halvtime			
Antall timer (avrundet) _____ x kr. 1 121,- = Totalt til utbetaling kr. _____			