**Returadresser**

eDialog: <https://svarut.ks.no/edialog/mottaker/983974724>

Papirpost: Helse Bergen HF, Enhet for utenlandsbehandling, Postboks 1400, 5021 Bergen

**Ikke send søknaden per epost.**

Søknad om behandling i utlandet

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a

**PERSONLIGE OPPLYSNINGER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Etternavn, Fornavn: | | | Fødselsnummer (11 siffer): |
|  | | |  |
| Adresse: | | Postnummer: | Poststed: |
|  | |  |  |
| Tlf.nr./mobil: | E-post: | | Fylke: |
|  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Når pasienten er under 16 år** | | |
| Mors navn: | Mobil: | E-postadresse: |
|  |  |  |
| Fars navn: | Mobil: | E-postadresse |
|  |  |  |

**MEDISINSKE OPPLYSNINGER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnose: | | | | | | | | | | | | Diagnosekode(r) (ICD-10): | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Helsehjelpen det søkes om (på norsk, og engelsk om aktuelt): | | | | | | | | | | | | Operasjonskode(r) (NCSP): | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Medisinsk hastegrad for behandling i utlandet (må begrunnes): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er pasienten vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten? | | | | | | | | | | Ved hvilke sykehus er pasienten vurdert/behandlet? | | | | | | | | |
| Ja |  | | Nei |  |  | | | | |  | | | | | | | | |
| Begrunnelse for å søke om helsehjelp i utlandet: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aktuelt utenlandsk behandlingssted (Navn, adresse, avdeling og behandlende lege eller kontaktperson: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vurdering for valg av behandlingssted i utlandet: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er behandlingen å anse som eksperimentell/utprøvende? | | | | | | | | | | | | | Ja |  | | | Nei |  |
| Er det nødvendig med ledsager(e) av medisinske eller behandlingsmessige grunner? | | | | | | | | | | | | | Ja |  | | | Nei |  |
| Begrunnelse: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spesielle hensyn ved valg av transport: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spesielle behov: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sondemat: | |  | | Rullestol: | |  | Oksygen: |  | | | | | | | | | | |
| Annet: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antall vedlegg: | | | | |  | | --- | |  | | | | | | Uttalelse | | Utdrag journal | | | | | Annet | | |
| Hvem er ansvarlig for oppfølging av pasienten i Norge etter behandling i utlandet? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostnadsoverslag behandling: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ca. antall dagers opphold: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eventuelle ytterligere merknader: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato: | | Pasient/foresattes underskrift: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Jeg samtykker i at utenlandsenheten kan innhente og bruke mine journalopplysninger fra tidligere behandling for sin saksbehandling. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato: | | Når pasienten får eller har fått behandling i Norge:  Underskrift av behandler | | | | | | | | | | | Tlf: | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato: | | Når det søkes fra sykehus:  Avdelingsleders underskrift | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |