

# Högekostnadskort för sjukvård

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Giltig från och med 1 januari 2014,  
reviderad 2015-09-01.

## Frikortet giltigt

Giltigt till och med \_\_\_\_\_

Frikortsnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

**Högekostnadskortet är en hjälp för dig att hålla reda på dina avgiftsbelagda besök inom hälso- och sjukvården. Du bör själv bevaka att avgifterna förs in i kortet.**

## Information om kortet

Varje gång du får sjukvård inom öppenvården, hos till exempel läkare, sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal på hälso/vårdcentral eller sjukhus kan patientavgiften föras in i detta kort. Det gäller även besök hos privatpraktiserande läkare eller annan vårdgivare med vårdavtal med ett landsting/region samt vid tandvård där medicinskt underlag finns och du betalar sjukvårdens besöksavgifter. Dessa avgifter är frikortsgrundande. Sjukvårdsbesök i andra landsting/regioner kan också föras in i kortet.

Andra tandvårdsavgifter, läkemedelsinköp, avgifter för slutenvård, intyg, hälsokontroller, vaccinationer, ordination/förskrivning av hjälpmedelsprodukter, uteblivet besök får inte noteras på kortet och är inte frikortsgrundande.

När du inom 12 månader debiterats avgifter motsvarande det högekostnadsbelopp som gäller har du rätt till frikort. Frikortets giltighetstid styrs av ditt första avgiftsbelagda besök som inräknas i högekostnadsskyddsbeloppet och gäller 12 månader framåt från detta besöksdatum.

Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	
Vårdgivare och besöksdatum	Belopp	Summa
	<input type="checkbox"/> Kontant / betalkort <input type="checkbox"/> Faktura / inbet. avi Nr: .....	