Nordland FYLKESKOMMUNE

# REFUSJON AV REISEUTGIFTER FOR TOO-PASIENTER (2025)

## Tannbehandlerteam TOO

Reiseutgifter ved nødvendig tannbehandling hos Tannbehandlerteam TOO.
Dekkes etter «Forskrift for dekning av skyssutgifter i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland»

| **Personalia:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pasient: | | | Adresse: | | |
| Født: | | | | | |
| Behandlings-dato(er) | | | | | |
| | | | | | |

| **Reise:** | | |
|---|---|---|
| Fra: | Til: | Tur/retur (sett kryss) □ |

Egen bil – antall kilometer:_____ x 3,10 = kr._____
Buss: kr._____
Båt/ferje: kr._____
Drosje: kr._____
Fly: kr._____
Bompenger: kr._____
Parkering: kr._____
Sum: kr._____

**Fratrekk egenandel (enkel kr. 171, tur/retur kr. 342)** - kr._____

**Totalt til utbetaling:**

**Kontohaver:**
Navn: _____
Adresse: _____
Postnr./sted: _____

**Kontonr.:**

**eller samme som pasient** □

Sted/dato Underskrift (pasient/ledsager)

**Reiseutgifter i henhold til originalkvitteringer utbetales til oppgitt konto.**

**For tannklinikk:**

Pasient tilhører gruppe: _____

**Det attesteres at ovennevnte pasient er berettiget til refusjon av reiseutgifter etter gjeldende retningslinjer.**

Tannklinikk: _____ Stempel

Signatur: _____

**Regnskap: prosjektnummer 9000013 skal brukes!**

Utfylt skjema med originalkvitteringer sendes til: Nordland fylkeskommune, Fakturamottak, Postboks 1485, 8048 Bodø.