



Nordland
FYLKESKOMMUNE

REFUSJON AV REISEUTGIFTER FRITT KLIENTELL (2025)

Reiseutgifter ved nødvendig tannbehandling.

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:			Kontonr.: 		
Navn: _____			eller samme som pasient ☐		
Adresse: _____					
Postnr./sted: _____					
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: _____					

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