

Kommune navn

Saksbehandler

vår referanse

Deres referanse

Dato

måned-år

Angående fakturering utskrivningsklare pasienter for måned – år

Uenighet vedr. betalingsplikt for: Navn, fødselsdato

Innlagt dato/periode:

Avdeling:

Opprinnelig krav:døgn

Antall døgn som ikke godtas:døgn

Begrunnelse/årsak: (f.eks. § 8, 9, 10)

Beskrivelse av hendelsen

Med hilsen

..... Kommune

Navn

Uenigheten sendes til:

St. Olavs hospital
v/Dokumentasjonssenteret
Postboks 3250 Torgarden
NO 7006 Trondheim