**EGEERKLÆRING**

TRYGDEDES IDENTIFIKASJONSOPPLYSNINGER

01. Personnummer (PESEL) XXX

02. Fornavn XX

03. Etternavn: XX 04. Trygdekasse: X

05. Serie og nummer av pass (skal oppgis bare hvis pasienten ikke har personnummer):

[ikke utfylt]

06. Fødselsdato (dd.mm.åååå):

[ikke utfylt]

TRYGDEDES KONTAKTOPPLYSNINGER3)

07. Postnummer:X

08. Sted:X

09. Gate: V

10. Husnummer:

11. Bolignummer: XX

OPPLYSNINGER VEDRØRENDE ARBEIDSUFØRHET

12. Arbeidsufør fra (dd.mm.åååå): X

13. Arbeidsufør til (dd.mm.åååå): X

14. Opphold i sykehus [ikke utfylt]

15. Legeanbefalinger: X

16. Koder: [ikke utfylt]

17. Sykdommens statistisk nummer: X

18. Kode vedrørende forhold til den personen som forblir under omsorg: X

19. Fødselsdato av den personen som forblir under omsorg (dd.mm.åååå): X [stempel med påskrift:

OPPLYSNINGER OM BETALEREN

20. NIP [skatteidentifikasjonsnummer], personnummer (PESEL) eller serie og nummer av pass til den trygdede

(hvis den trygdede er ikke forpliktet til å bruke NIP eller ikke har personnummer)8):

XXXXXX

21. Legens identifikasjonsnummer:

XXXX

22. Dato for utstedelse av dokumentet:

XXXXX

23. Stempel og underskrift av lege, medisinsk assistent eller tannlege:

XXXXXXXX

24. Helsetjenestevirksomhetens stempel: XXXXX