|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **RESERÄKNING**  **Munhälsobedömning/Akut tandvård** | | |
| **Samlingsräkningsnummer:** | | |  | | | |
| Vårdgivare | | | | | | |
| Företagets namn | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Reseräkningen gäller för följande anställd | | | | | | Telefonnummer |
|  | | | | | |  |
| **Datum och ersättning** | | | | | | |
| Datum för munhälsobedömning/akut tandvård | | Antal körda kilometer | | | | Reseersättning enligt avtal för uppsökande tandvård |
|  | | km | | | | SEK |
| **Patienter som erhållit munhälsobedömning/akutbesök** | | | | | | |
| **Personnummer** | **Namn** | | | | Adress | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| **Underskrift** | | | | | | |
| Datum | Underskrift | | | | Namnförtydligande | |
|  |  | | | |  | |