|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 |
|       |  |       |