**REGNING FOR LEGE LEDSAGELSE MED AMBULANSE**

Sendes til: **Sørlandet sykehus HF** Klinikk for prehospitale tjenester, Postboks 416 Lundsiden, 4604 Kristiansand

Gjeldende fra 010122

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LEDSAGER |  | | | |  | | |  | | | |
| Navn: | |  |  |  |  |  |  | F.nr./ Org.nr.: | | |
| Adresse: | | | | | | |  | |  | |
| Skatte-  Tjenestekommune: kommune: | | | | | | | | | | |
| Dato og  Underskrift: | | | | | | |  | Kopi av skattekort/ firmaattest/ bekr fra ligningskontoret følger vedlagt. | |  |
|  | | | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | E-post: | | | | | |  |  | |  |

**AMIS/AMK-nr:**       **Dato:**      

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PASIENT |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | Norsk statsborger | Skandinav | | | EØS-borger | | | EU-borger | |  |  | Annet land: | | | |  | | |
|  | | |  |  | |  |  | |  | | | |  |  | | | | |
|  | Person nr.: | | | | |  | | | | | | |  | Forsikringsnummer: | |  | |
|  | | | | | | Dersom pasient fra” annet land” ikke har forsikring skal det kreves kontant betaling. Dersom dette ikke lar seg gjøre skal det tas nødvendige kopier av vedkommende pass som vedlegges denne regningen. | | | | |
|  | Navn: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | Adresse: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Hendelsessted: | | | | | | | | | | | |  | | Merknad: | | |
| Medisinsk årsak for ledsagelse: | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TRANSPORT / TAKST |  | Fra kl. | Til kl. |  | Totalt (timer/minutt ). |  |
|  |  |  |  |  |
| Ledsagelse pasient avreist hentested m/ pasient til avleveringssted: |  |  |  | : |
| Retur til legekontor etter avlevert pasient: |  |  |  | : |
| Tidsforbruk kontrolleres i henhold til Amis logg i AMK. | |  | Totalt timebruk: | : |
| Timesats pr 1. januar 2022 er ihht salærforskriftens §2 første ledd kr 1 121,-  Timesatsen gjelder for hele døgnet inkludert helg og timebruk rundes opp til nærmeste halvtime.  Antall timer (avrundet) \_\_\_     \_\_\_\_ x kr. 1 121,- = Totalt til utbetaling kr | | | | | |
|
|

LEGEVAKT (kommunen)

**For utrykning i forbindelse med sykdom/skade gjelder følgende retningslinjer for refusjoner.**

Reise ut til pasienten og undersøkelse av denne, samt returreise dersom det ikke er medisinsk nødvendig med ledsagelse i ambulanse dekkes av **Helfo** i henhold til enhver tid gjeldende [tariff](https://normaltariffen.legeforeningen.no/) (normaltariffen).

Dersom det brukes drosje for skyss av lege skal dette dekkes av kommunen.

AMBULANSE (helseforetaket)

**For nødvendig medisinsk ledsagelse av pasient med ambulanse til for eksempel sykehus/helikopterplass gjelder følgende takst.**

Taksten reguleres i henhold til den enhver tid gjeldende [salærsats](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/g-282021-ny-salarsats-for-advokater-mv.-i-straffesaker-og-i-rettshjelpsaker-og-nye-stykkprissatser-for-medisinsk-sakkyndige-2022/id2892572/) for advokater/medisinsk sakkyndige.

* Fra det tidspunkt ledsagelse iverksettes og til lege er tilbake på legevakt benyttes gjeldende timepris (kr. 1.121,- for 2022), avrundet til nærmeste halvtime.

SKJEMA/UTFYLLING

Lege er selv ansvarlig for å fylle ut og sende inn regninger til helseforetaket. Ufullstendig utfylte regninger returneres.

Regninger skal sendes inn fortløpende og ikke senere enn 1 måned etter at ledsagelse er utført.

Eventuelle spørsmål rettes til ambulansesjefen i helseforetaket.

Sendes til: **Sørlandet sykehus HF**

Klinikk for prehospitale tjenester,

Postboks 416 Lundsiden,

4604 Kristiansand