



ANMODNING OM FORHÅNDSTILLADELSE ELLER FORLÆNGELSE AF FORHÅNDSTILLADELSE

Indleveres til den fælles sygeforsikringsordnings afregningskontor,
jf. adressen på den sidste side

Den tilsluttedes efternavn og fornavn:

Personale-/pensionsnr.:

Institution og tjenestested: Kontoradresse:

Tlf.:

Privatadresse for pensionister / e-mail :

Dato for udtrædelse af tjenesten / dato for kontraktens udløb:(for midlertidigt ansatte / kontraktansatte)

☐ Anmodning om **FORHÅNDSTILLADELSE** for ¹ :

☐ den tilsluttede ☐ ægtefælle eller anerkendt partner ☐ barn ☐ person ligestillet med forsørgelsesberettiget barn

Efternavn og fornavn: Fødselsdato:

☐ Anmodning om **FORLÆNGELSE** af forhåndstilladelse for¹ :

☐ den tilsluttede ☐ ægtefælle eller anerkendt partner ☐ barn ☐ person ligestillet med forsørgelsesberettiget barn

Efternavn og fornavn: Fødselsdato:

Reference for den tidligere forhåndstilladelse: Udløbsdato:

☐ Behandling **UD OVER** det antal behandlinger, der maksimalt er tilladt om året uden forhåndstilladelse (behandlingstype angives) ⁽⁴⁾

.....

☐ På grundlag af henvisning / lægeerklæring (vedlægges i lukket kuvert stilet til den rådgivende læge)²

udstedt af læge, den

Skyldes anmodningen:

☐ **ALVORLIG SYGDOM: Afgørelse nr.** **Udløbsdato:**

☐ **ULYKKE:** ☐ Den tilsluttede¹: **dato for ulykken:**

☐ Person, som er forsikret gennem den tilsluttede (kun hvis tredjeperson er ansvarlig)

☐ **ERHVERVSSYGDOM (ACC): dato:**

Jeg er bekendt med de gældende vilkår og bestemmelser og forpligter mig til at overholde dem:

Dato

Ansøgerens underskrift

☐ Den tilsluttede¹

☐ Anden person, som repræsenterer ansøgeren:

Efternavn og fornavn:

Treatment in conformity with Regulation (UE) 2018/1725 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ.L_.2018.295:TOC

¹ Der sættes kryds i det relevante felt.

² For visse former for behandlinger gælder særlige betingelser for henvisningen (f.eks. psykoterapi, som ordineres af en psykiater/neuropsykiater/neurolog) - der henvises til betingelserne for de forskellige behandlingsformer i afsnit II i de almindelige gennemførelsesbestemmelser.

ANMODNING OM FORHÅNDSTILLADELSE TIL³:

	Diverse behandlinger	NB	Kode
Ordinerede antal behandlinger:			
☐	Lymfedrænage	1	401
☐	Ergoterapi	1	402
☐	Ambulant multidisciplinær genoptræning på hospital	1	403
☐	Genoptræning på rygklinik / MDX / DBC	1	404
☐	Kiropraktisk eller osteopatisk behandling af børn under 12 år	1 + 2	405
☐	Mesodermal injektionsterapi	1	407
☐	Behandling med ultraviolette stråler	1	408
☐	Chokbølgebehandling (reumatologi)	1	409
☐	Psykoterapi ved psykolog / psykoterapeut: Individuel behandling	1	420
☐	Psykoterapi ved psykolog / psykoterapeut: familiebehandling	1	421
☐	Psykoterapi ved psykolog / psykoterapeut: gruppebehandling	1	422
☐	Multidisciplinær neuropsykologisk vurdering	1	424
☐	Logopædisk/ortofonisk behandling af personer over 12 år	1	426/427
☐	Behandling ved ortoptist	1	429
☐	Endermologibehandling, ekskl. behandling med kosmetisk formål	1 + 2	431
☐	Hårfjerning – mindre omfattende	1 + 2	432
☐	Hårfjerning – omfattende	1 + 2	433
☐	Laser- og lysbehandling (dermatologi)	1 + 2	434
☐	Laserterapi ved almindelig praktiserende læge	1 + 2	441
☐	Behandling i overtryksskammer	1	440
☐	Anden form for behandling, ikke omfattet af gennemførelsesbestemmelsernes afsnit II, kapitel 8, punkt 2	1 + 2	441 / 950
☐	Behandling ud over det antal behandlinger, der maksimalt er tilladt om året uden forhåndstilladelse (behandlingstype angives)⁴	1 + 2	

	PLEJEPERSONALE	NB	Kode
☐	Sygeplejerskeydelser som supplement til sygehjælperydelse	1	560

	SYGEHJÆLPER		
☐	Sygehjælper m.h.p. midlertidig pleje i hjemmet (højst 60 dage)	1 + 3	760
☐	Sygehjælper m.h.p. langvarig pleje i hjemmet	1 + 3	761/762
☐	Sygehjælper på hospital	1	763

	VARIGT OPHOLD PÅ PARAMEDICINSK INSTITUTION		
☐	Ophold/pleje på hvile- og plejehjem eller lignende	1 + 3	701 - 704 / 720 / 721
☐	Ophold/pleje på dagcenter	1 + 3	711 - 714 / 720 / 722
☐	Ophold/pleje på afvænningsklinik	1	730 - 732

NB: Følgende supplerende oplysninger skal angives:

Anmodningen om forhåndstilladelse udfyldes under hensyntagen til anmærkningerne i kolonnen NB ud for de enkelte behandlingstyper:

☐ **NB 1:**
 Navn på behandler / institution
 Behandlers uddannelse / type institution:
 Adresse (+ tlf. / evt. fax):

☐ **NB 2:** Præcise oplysninger om indgreb, behandling, apparat, produkt, andet (jf. lægens henvisning)

☐ **NB 3:** Evalueringsformular vedrørende graden af selvhjulpethed (afhængighedsskala), som udfyldes af den

³ Der sættes kryds i det relevante felt

⁴ **Antal behandlinger om året uden forhåndstilladelse:** Kinesiterapi og fysioterapi o.l. (60), kiropraktisk / osteopatisk behandling af personer på 12 år eller derover (24), akupunktur (30), aerosolterapi (30), ernæringsvejledning (10), psykoterapi ved psykiater (30), logopædisk/ortofonisk behandling af børn indtil 12 år (180 over flere år), psykomotorisk/grafomotorisk behandling (60), behandling hos autoriseret fodterapeut (12).

	ANALYSER OG UNDERSØGELSER	NB	Kode
☐	Specialanalyser/-undersøgelser, hvortil der kræves en forhåndstilladelse	2	545

	LÆGEMIDLER	NB	Kode
☐	Særlige lægemidler, som kræver en forhåndstilladelse	2	521 / 523/ 525
☐	Diætetiske produkter	2	522

	HOSPITALSINDLÆGGELSE, OPERATION, REAGENSGLASBEFRUGTNING	NB	Kode
☐	Indlæggelse og specialbehandling, som kræver forhåndstilladelse	1 + 2	221
☐	Korrigerende eller rekonstruerende plastikkirurgi	1 + 2	201 - 209
☐	Reagensglasbefrugtning	2	260/261

	KUROPHOLD	NB	Kode
☐	Ophold/pleje i forbindelse med rekonvalescensophold	1	490 / 491
☐	Pleje i forbindelse med badekur	1 + 2	492 - 498
☐	Pleje i forbindelse med badekur ved alvorlig sygdom	1 + 2	499

	TRANSPORTUDGIFTER		Kode
☐	Udgifter til transport, som ikke er hastende, og hvortil der kræves forhåndstilladelse Transportmiddel: Hyppighed (antal returrejser): km frem og tilbage:		291
☐	Ledsagers transportudgifter Transportmiddel: Hyppighed (antal returrejser): km frem og tilbage: Ledsagers navn:		291

	UDGIFTER TIL LEDSAGER	NB	Kode
☐	Udgifter til ledsager pr. dag ved hospitalsindlæggelse Antal dage: Ledsagers navn:	1	222
☐	Udgifter til ledsager (ved kurophold for et barn under 14 år) Antal dage: Ledsagers navn:	1	222

NB: Følgende supplerende oplysninger skal angives:

Anmodningen om forhåndstilladelse udfyldes under hensyntagen til anmærkningerne i kolonnen NB ud for de enkelte behandlingstyper:

- ☐ **NB 1:**
 Navn på behandler / institution
 Behandlers uddannelse / type institution:
 Adresse (+ tlf. / evt. fax):

- ☐ **NB 2:** Præcise oplysninger om indgreb, behandling, apparat, produkt, andet (jf. lægens henvisning)

	PROTESER, ORTOPÆDISKE HJÆLPEMIDLER	NB	Kode
Pris:			
☐	Høreapparat: særtilfælde – almindelige gennemførelsesbestemmelser, afsnit II, kapitel 11, punkt 2.4 (børn <<< 18 år / alvorlig hørelateret sygdom)	2	821
☐	Hjælpe midler for diabetikere, der behandles med insulin	2	842
☐	Hjælpe midler for diabetikere, der ikke behandles med insulin	2	843
☐	Blodsukkerapparat / diabetes		875
☐	Hjælpe midler til personer, der lider af inkontinens		844
☐	Ortopædiske sko efter mål	2	855 / 856
☐	Hårprotese / paryk		861
☐	Arm- og benproteser, delproteser: køb/reparation	2	862
☐	CPAP (apnø/søvn): køb		865
☐	CPAP (apnø/søvn): leje i mere end 3 måneder		866
☐	CPAP: tilbehør og vedligeholdelse af CPAP-apparatur, ekskl. købsår		867
☐	Blodtryksmåler		870
☐	Aerosol: køb		871
☐	Aerosol: leje i mere end 3 måneder		872
☐	Vacuumpumpe til brug ved impotens		876
☐	Apparat til at måle blodets koagulerings tid (ved livslang antikoagulation)		877
☐	Gangstativ: køb		881
☐	Gangstativ: leje i mere end 3 måneder		882
☐	Toiletstol/badestol: køb		883
☐	Toiletstol/badestol: leje i mere end 3 måneder		884
☐	Hospitalsseng (til brug i hjemmet): køb		885
☐	Hospitalsseng (til brug i hjemmet): leje i mere end 3 måneder		886
☐	Madrasser til forebyggelse af liggesår: køb		887
☐	Madrasser til forebyggelse af liggesår: leje i mere end 3 måneder		888
☐	Kørestol: køb	2	890
☐	Kørestol: leje	2	891
☐	Kørestol: reparation	2	892
☐	Andre hjælpemidler + hjælpemidler til over 2 000 EUR (der indleveres 2 sammenlignelige og specificerede overslag)	2	895
☐	Diverse hjælpemidler: leje	2	896

NB: Følgende supplerende oplysninger skal angives:

Anmodningen om forhåndstilladelse udfyldes under hensyntagen til anmærkningerne i kolonnen NB ud for de enkelte behandlingstyper:

- ☐ **NB 2:** Præcise oplysninger om indgreb, behandling, apparat, produkt, andet (jf. lægens henvisning)
.....
.....

Adresser på den fælles sygeforsikringsordnings afregningskontorer

European Commission RCAM/JSIS Brussels – Prior authorisation 1049 Brussels Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Ispra - Prior authorisation 21027 Ispra Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Luxembourg - Prior authorisation 2920 Luxembourg Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)
STAFF Contact - https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx		