Helfo

Søknad om forhåndsgodkjenning (S2) eller forhåndstilsagn for planlagt behandling i et EØS-land eller Sveits

Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Gjelder pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, eller pasienter som ikke har mottatt nødvendig helsehjelp i Norge innen medisinsk forsvarlig tid.

På helsenorge.no kan du lese mer om forhåndsgodkjenning (S2) eller forhåndstilsagn for planlagt behandling i utlandet. Du kan velge å bruke digitalt skjema, da går det raskere.

1. Opplysninger om søker

Fødselsnummer (11 siffer) xxxxxx-xxxxx	Fornavn, etternavn
Telefonnummer	Postadresse
Statsborgerskap Norsk	Postnummer, sted
Behandlingsland Norge	Bostedskommune på behandlingstidspunktet

2. Tilknytning til behandlingslandet

Oppgi antall uker du har oppholdt deg og planlegger å oppholde deg i behandlingslandet:

I år: 1

I fjor: 1

	Ja	Nei
Er du arbeidstaker, selvstendig næringsdrivende eller au pair?	☐	☑
Hvis ja, i hvilket land?		
Mottar du sykepenger, dagpenger, foreldrepenger eller arbeids-avklaringspenger fra Norge?	☐	☑
Mottar du pensjon eller uføretrygd fra Norge?	☐	☑
Offentlig AFP ☐ **Hvis ja,** mottar du en av følgende pensjoner: Privat AFP uten uttak av alderspensjon fra folketrygden	☐	
Studerer du i et annet EØS-land?	☐	☑
Hvis ja, hvilket?		
Har du ektefelle eller samboer bosatt i behandlingslandet?	☐	☑
Har du barn under 18 år bosatt i behandlingslandet?	☐	☑
Har du bolig i behandlingslandet?	☐	☑

3. Årsaken til at du ønsker å motta behandling i utlandet

☐	Jeg ønsker behandling i utlandet som ikke finnes i Norge, eller som er mer virkningsfull*
☑	Jeg ønsker behandling i et annet EU/EØS-land som er tilsvarende den behandlingen jeg kunne fått / har fått tilbud om i Norge
☐	Jeg ønsker behandling i et annet EU/EØS-land eller Sveits fordi jeg ikke har mottatt behandling innen medisinsk forsvarlig tid i Norge

*Du må sende søknad til utenlandskontoret i den helseregionen du er bosatt i.

4. Opplysninger om sykdom, diagnose og behandling i Norge

Du må legge ved dokumentasjon, se punkt 7.

Hvilken sykdom/diagnose ønsker du behandling eller utredning for?

Atrieflimmer/hjerteflimmer

Hvilken behandling eller utredning har du fått tilbud om i Norge?

Ablasjon av hjerteflimmer

5.Opplysninger om behandling du planlegger i et annet EØS-land

Du må legge ved dokumentasjon, se punkt 7.

Beskriv behandlingen eller utredningen du planlegger i annet EØS-land

Poliklinisk Ablasjon av hjerteflimmer. Inkludert kontroller etter 3 og 12 måneder.

Navn på helseinstitusjonen/legespesialisten

Aleris Danmark i København / Jan M Nielsen, Hjertespesialist

Adresse til helseinstitusjonen/legespesialisten	Land
Gyngemose Parkvej 66, 2860 Søborg	Danmark

6. Andre relevante opplysninger om din helsetilstand

Eventuelle andre forhold ved din helsetilstand som kan ha betydning for helsehjelpen du skal motta:

7. Dokumentasjon du må legge ved søknaden*

Vedlagt huk av:	Aktuell dokumentasjon	Vedlegg nr
☑	Svar fra spesialisthelsetjenesten med informasjon om at du har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste (i form av utredning eller behandling)	
☑	Et konkret tilbud fra utenlandsk behandlingsinstitusjon med pris og type behandling (må være på et skandinavisk språk eller engelsk)	
☐	Journaler fra eventuell behandling du har hatt i spesialisthelsetjenesten	
☐	Henvisningen legen din sendte til spesialisthelsetjenesten	
☐	Beskrivelse av eventuelle røntgenundersøkelser	
☐	Eventuelle vedtak fra utenlandskontoret ved ditt regionale helseforetak	

*For at Helfo skal kunne ta stilling til kravet, må dokumentasjonen være forståelig for oss. Det betyr at den i utgangspunktet må være på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Du bør derfor forsøke å få utstedt dokumentasjonen på et av disse språkene. Hvis dokumentene foreligger på et annet språk, kan Helfo ved behov be deg om å få disse oversatt. Du må betale for oversettelsen selv. Hvis du legger ved en oversettelse, må du også legge ved originalen.

8. Eventuelle reiseutgifter

Ønsker du å søke Pasientreiser om dekning av reiseutgifter? Ja ☑ Nei ☐

9. Samtykke og underskrift

☑ Jeg samtykker til at søknaden, sammen med den dokumentasjonen jeg har sendt inn, kan bli oversendt til spesialisthelsetjenesten dersom Helfo trenger bistand til å avgjøre om jeg har krav på å motta refusjon og hvor mye refusjonen utgjør.

☑ Jeg samtykker også til at Helfo, spesialisthelsetjenesten og enheter ved de regionale helseforetakene kan utveksle relevante helseopplysninger om meg, eller om status i andre søknader, dersom dette er nødvendig for å behandle min søknad. Ved å undertegne samtykker jeg i innhenting og bruk av mine helseopplysninger, jf. helseregisterloven og personopplysningsloven

Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er riktige og fullstendige. Dersom opplysningene endrer seg, må jeg kontakte Helfo.

Dato og sted	Signatur (foresatte signerer for barn under 16 år)

Hvis du ikke samtykker til å utveksle informasjon mellom Helfo og spesialisthelsetjenesten, kan konsekvensen være at Helfo ikke kan behandle søknaden din fordi den ikke er tilstrekkelig opplyst.