

KOMMUNENS NAVN:

Saksbehandler	Vår referanse	Deres referanse	Dato (måned-år)
---------------	---------------	-----------------	-----------------

**Angående uenighet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.
Innsigelse gjelder:****Navn:****Fødselsdato:**

Innlagt dato/periode:	
Avdeling ved St. Olavs hospital:	
Opprinnelig krav: døgn	Antall døgn som ikke godtas: døgn
Kontaktperson i aktuell kommune	
Navn:	
Mail:	

Begrunnelse/årsak (f.eks. §8, 9, 10):

Beskrivelse av hendelsen. Her må det også presiseres hvilke døgn som bestrides.

Uenigheten sendes elektronisk til:

St. Olavs hospital
v/Sakarkivet
Postboks 3250 Torgarden
NO 7006 Trondheim