

## Kassaregistrering vid avbrott i Cosmic PAS

Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
Personnummer	Namn	Datum	Kontakttyp	Patientavgift/Betalsätt
Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort

Vårdpersonal	Annan betalare- Namn Adress	Klockslag/ankomsttid	Besökskostnad	Frikort/ upp till frikort
--------------	-----------------------------	----------------------	---------------	---------------------------