

Tillfällig vistelse i Hylte kommun, beställning vårdbegäran

Patientuppgifter

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Hemadress och kontaktuppgifter

Gata och nummer:	Postnummer:	Postort:
Telefonnummer:		

Uppgifter om anhörig/närstående

Anhörigs/närståendes namn:	Anhörigs/närståendes telefonnummer:
----------------------------	-------------------------------------

Adress och kontaktuppgifter vid vistelse i Hylte kommun

Vistelseadress:	Telefonnummer:
-----------------	----------------

Vistelsetid i Hylte kommun

Ankomstdatum (från och med ÅÅÅÅ-MM-DD):	Avslutningsdatum (till och med ÅÅÅÅ-MM-DD):
---	---

Kontaktuppgifter ansvarig i hemkommunen

Leg personal, namn:	Telefonnummer:
E-post:	

Faktureringsuppgifter

Fakturaadress:	Postnummer:	Postort:
Organisationsnummer:	Referenskod:	

Hälsohistoria

HSL-insatser i hemkommunen

HSL-insatser under vistelsetiden

Blankett faxas till Sjukskötersketeamet senast 14 dagar innan startdatum. Faxnummer: 0345-182 74

Omlägningsmaterial, sprutor och dylikt: Skickas med patient. Det är hemkommunens ansvar att ombesörja detta under hela vistelsen.

Tekniska hjälpmedel: Personer som bor i Hallands Län följer samma rutiner som de patienter som bor i Hylte kommun. Se länk nedan: <http://www.1177.se/Halland/Tema/Hjalpmedel/Artiklar/Lana-hjalpmedel-under-kortaretid/>. Om inte patientens hemkommun betalar fakturan för hjälpmedel kommer kunden att debiteras dessa kostnader av hjälpmedelscentrum.

Beställning vårdbegäran utfärdat datum:

Underskrift av sjuksköterska i patientens hemkommun:

.....