Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen

Stadsområde XXXXXX

Hälso- och sjukvårdsenheten XXXXX

**Fakturaunderlag av hemsjukvårdsinsatser för patienter från andra kommuner; Sammanställning**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientens namn** | **Personnr.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adress i Göteborg** | **Adress i hemkommunen** |
|  |  |
| **Vårdgivare i hemkommunen** | **Faktura adress** |
| **Handläggare namn och telefonnummer** |  |

**Ersättningsnivå i enlighet med Västkoms rekommendationer**

**Hemkommunens vårdgivare har erhållit information om avgiften: JA o NEJ o**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Besöksdatum** | **Åtgärd** | **Tidsåtgång inkl. restid**  | **Övrigt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr x tim = | Totalt: kr |