# Avtal för hälso- och sjukvårdsåtgärder för patient vid tillfällig vistelse i annan kommun

|  |  |
| --- | --- |
| **Information om patienten** | |
| **Namn:** | **Personnummer:** |
|  |  |
| **Hemadress/folkbokföringsadress:** | **Telefonnummer hemadress:** |
|  |  |
| **Adress tillfällig vistelse/bostad:** | **Telefonnummer tillfällig vistelse/bostad:** |
|  |  |
| **Närstående som vistas på samma vistelseadress. Namn, relation och Telefonnummer:** | |
|  | |
| **Övriga närstående. Namn, relation och Telefonnummer:** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fakturauppgifter till bosättningskommun** (hemkommun) | |
| **Kommun/Stad:** | **Organisationsnummer:** |
|  |  |
| **Vårdgivare/Hälso- och sjukvårdsenhet:** | **Faktura adress (ink ev referensnummer):** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Information om vistelsen** | |
| **Vistelsetid, startdatum** | **slutdatum** |
|  |  |
| Vid önskan om att förlänga vistelse ska kontakt tas med ansvarig i bosättningskommunen (hemkommunen) i god tid innan detta avtal tar slut. Tillfällig vistelse är en kortare period att likställa med en normal semesterlängd. | |
| **Timkostnad (inkluderat restid)** | **Preliminär tidsåtgång för hälso- och sjukvårdsåtgärderna:** |
| kr/timma | /dygn |

Göteborgs Stad följer ersättningsnivå som rekommenderas av Västkom (www.vastkom.se). Innan fakturering kan ske ska bosättningskommunen fått information om avgiften.

Det är endast planerade åtgärder enligt detta avtal som ska utföras och kan faktureras. Om patientens behov förändras ska kontakt tas och avtal justeras innan ytterligare planerade åtgärder kan utföras och faktureras. Eventuella akuta/brådskande åtgärder som utförts utöver överenskomna åtgärder ska samverkas innan de kan faktureras.

Vid behov inför fakturering eller av förändring i avtalet ska kontakt tas med ansvarig i respektive kommun.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ansvariga som godkänt uppdraget gällande att vistelsekommun debiterar bosättningskommun för utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt detta avtal utifrån den överenskomna timkostnaden.** | | |
| **Ansvarig i bosättningskommunen/hemkommunen:** | | |
| **Namn** | **Befattning** | **Datum:** |
|  |  |  |
| **Adress** | **Telefonnummer** | |
|  |  | |
| **Ansvarig i vistelsekommunen:** | | |
| **Namn** | **Befattning** | **Datum:** |
|  |  |  |
| **Adress** | **Telefonnummer** | |
|  |  | |

Vid behov av ytterligare information kring de hälso- och sjukvårdsåtgärder som ingår i avtalet ta kontakt med Hälso- och sjukvården i bosättningskommunen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktuppgifter till Hälso- och sjukvården i bosättningskommun** (hemkommun) | |
| **Namn, titel/befattning:** | **Telefonnummer:** |
|  |  |
| **Namn, titel/befattning:** | **Telefonnummer:** |
|  |  |
| **Namn, titel/befattning:** | **Telefonnummer:** |
|  |  |
| **Datum:** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Överenskomna hälso- och sjukvårdsåtgärder** |
| **Diagnoser:** |
|  |
| **Varningar/begräsningar:** |
|  |
| **Kortfattat aktuellt hälsotillstånd:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hälso-och sjukvårdsåtgärder aktuella under vistelsen:** | | | |
| **Åtgärd**  (Bifoga aktuella underlag, ex instruktioner, ordinationshandlingar) | **Tid per åtgärd** (minuter) | **Frekvens** (hur ofta) per dag, vecka eller månad | Preliminär **totalt antal timmar** för hela perioden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Läkemedelshantering:** |
| Sköter patienten sina läkemedel själv?  Ja  Nej |
| Läkemedelsövertag?  Ja  Nej |
| APO dos?  Ja  Nej |
| Vid APO dos och läkemedelsövertag ska direktleverans ske till Hälso- och sjukvården i vistelsekommunen. Adress fås vid telefonkontakt med vistelsekommunen. |
| E-recept?  Ja  Nej |
| Vem hämtar läkemedel från apotek om det *inte* ingår i hälso- och sjukvårdsåtgärderna?  Namn: Telefonnummer: |
| Dosett?  Ja  Nej |
| Vem delar dosett om det *inte* ingår i hälso- och sjukvårdsåtgärderna?  Namn: Telefonnummer: |

|  |
| --- |
| **Förskrivare av förbrukningsmaterial:** |
| Namn: Telefonnummer: |

|  |
| --- |
| **Patientansvarig läkare:** |
| Namn: Telefonnummer: |

|  |
| --- |
| **Kommer patienten ha hemtjänstinsatser under vistelsen?** |
| Ja  Nej  (Beställs av socialsekreterare i bosättningskommun/hemkommun) |