

Vedlegg til prosedyre «praktisk tilrettelegging for følgepersonell fra kommunen under opphold i spesialisthelsetjenesten»

**Bekreftelse på behov for bistand av kommunalt følgepersonell**

Spesialisthelsetjenesten refunderer de faktiske kostnadene, jf pkt.6.1.3 i delavtale 3, når det er bekreftet behov for bistand.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn pasient: | Personnummer: |
| Adresse/ postnummer: | Kommune: |
| Innlagt fra:  Hjem:  Institusjon: | Utskrevet til:  Hjem:  Institusjon: |
| Innlagt dato: | Utskrevet dato: |
| Det bekreftes herved behov for følgepersonell,  Avdeling/dato/signatur: | |
| Endring på behov,  Avdeling/dato/signatur:  Avdeling/dato/signatur: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Spesifikasjon av vakter | | | | | |
| Dato: | Klokkeslett  Fra/til: | Signatur  Kommunalt  ansatt | Signatur  Ansvarshavende  Spl. Helse  Stavanger HF | Parkerings-  utgifter | Reise-  utgifter |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Spesifikasjon av vakter | | | | | |
| Dato: | Klokkeslett  Fra/til: | Signatur  Kommunalt  ansatt | Signatur  Ansvarshavende  Spl. Helse  Stavanger HF | Parkerings-  utgifter | Reise-  utgifter |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |