

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: | KlokkeslettFra/til: | SignaturKommunaltansatt | SignaturAnsvarshavendeSpl. HelseStavanger HF | Parkerings-utgifter | Reise-utgifter |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Spesifikasjon av vakter |
| Dato: | KlokkeslettFra/til: | SignaturKommunaltansatt | SignaturAnsvarshavendeSpl. HelseStavanger HF | Parkerings-utgifter | Reise-utgifter |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |