

## Tillfällig vistelse i Halmstads Kommun, Hemsjukvård

### Patientuppgifter

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

### Hemadress & kontaktuppgifter

Gata & nr:	
Postnummer:	Postort:
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:

### Uppgifter om anhörig

Anhörigs namn:	Anhörigs telefonnummer:
----------------	-------------------------

### Adress & kontaktuppgifter vid vistelse i Halmstads kommun

Gata & nr:
Telefonnummer:

### Vistelsetid i Halmstads kommun

F r o m datum: (åååå-mm-dd)	T o m datum: (åååå-mm-dd)
-----------------------------	---------------------------

### Kontaktuppgift 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 samordnaren Halmstads Hemsjukvård senast 14 dagar innan startdatum. Faxnummer: 035-10 31 05

**Omläggingsmaterial, 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 Halmstads kommun. Se länk nedan:

<http://www.1177.se/Halland/Tema/Hjalpmedel/Artiklar/Lana-hjalpmedel-under-kortare-tid/>

Om inte patientens hemkommun betalar fakturan för hjälpmedel kommer kunden att debiteras dessa kostnader av hjälpmedelscentrum.

---

Utfärdat datum

Underskrift av Ssk i patientens hemkommun