

Villkor vid beställning av Tillfällig vistelse

- Insatserienlighet med Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Vid tillfällig vistelse i Vaggeryds kommun ansvarar bosättningskommunen för planerad hemsjukvård enligt HSL där följande gäller:

Beställningen av tillfällig vistelse görs av bosättningskommunen och skall vara enligt Vaggeryds kommuns beställningsblankett om Tillfällig vistelse. Beställningen inklusive **alla bilagor*** skickas via mail till e-postadress: rosita.garic@vaggeryd.se alternativt fax: 0370-67 83 35 till Hemsjukvården Skillingaryd eller 0393-67 84 61 till Hemsjukvården Vaggeryd.

Beställningen finns på sida 2-3. Kompletta ifyllda beställningsblanketter skall vara Vaggeryds Kommun tillhanda **senast två veckor** före ankomstdatum. Beställningsunderlag som **inte** är komplett ifyllt, eller där bilagor saknas, återsänds till bosättningskommunen för komplettering. Kompletteringen skall vara Vaggeryds kommun tillhanda **senast två veckor** före ankomstdatum. Ändringar i beställningen skall kompletteras skriftligt (vid förlängd vistelse se nästa punkt).

Förlängning av den tillfälliga vistelsen skall göras på **ny beställningsblankett** med **två veckors** varsel.

Följande skall **alltid** bifogas:

- Specifikation på beställda insatser*
- Nödvändiga journalanteckningar såsom epikris, anamnes, omvårdnadsplan*
- Läkemedelslista*
- Ordinationslista ex. doseringsschema för läkemedel Waran*
- Intyg på behandling och träningsprogram vid rehabiliteringsinsatser via arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut*.

Beställda insatser skall vara anpassade till bostaden på den tillfälliga vistelseadressen, alternativt bostaden skall vara anpassad till beställda insatser.

Används hjälpmedel i den ordinarie bostaden skall dessa **medtas** och vara **anpassade** till bostaden på den tillfälliga vistelseadressen. Hjälpmedel **förskrivs av bosättningskommunen**. Vård- och omsorgstagaren kan **inte** få hjälpmedel förskrivna i vistelsekommunen Vaggeryds kommun.

Inkontinenshjälpmedel skall **medtas/skickas** till bostaden på den tillfälliga vistelseadressen samt **mängden/behovet** av inkontinenshjälpmedel skall vara anpassat till **hela** vistelseperioden.

Om hjälpbehovet förändras under vistelens gång **kontaktar** Vaggeryds kommun bosättningskommunen omgående. Vaggeryds kommun kan bistå med utredning och beslut i uppdrag av bosättningskommunen.

Vid beställning av hemsjukvård (sjuksköterskeinsatser) görs först en behovsbedömning av beställda insatser. Bekräftelse och beslut på hemsjukvårdsinsatser görs av Vaggeryds kommun via mail eller telefonkontakt till beställaren i bosättningskommunen.

Fakturering av insatserna kommer att ske till bosättningskommunen efter avslutad vistelse i Vaggeryds kommun.

**1. Vård- och omsorgstagare**

Namn		Personnummer	
Den tillfälliga vistelseadressen			
Adress i bosättningskommunen		Telefon/mobil	
Närstående/Legal ställföreträdare	Relation	Telefon/mobil	

2. Bosättningskommun

Organisationsnummer	Kommun/Stad		
Fakturaadress	Ref. nr/ansvar	Postnummer	Postort

3. Vistelseperiod

Ankomstdatum (från och med XXXX-MM-DD)	Avslutningsdatum (till och med XXXX-MM-DD)
--	--

4. Beställare bosättningskommun

Namn	Befattning	Förvaltning/enhet
Telefon/mobil	E-post	

5. Uppgifter bosättningskommun

Inskrivna i hemsjukvården i bosättningskommunen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut i bosättningskommun	
	Namn	Telefon/mobil
Har vård- och omsorgstagaren delegerad hemsjukvård i bosättningskommunen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är vård- och omsorgstagaren informerad om att ta med sig hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

6. Beställning

Insats enligt HSL	Tid per insats	Frekvens Dag/vecka/månad	Totalt antal timmar för hela vistelseperioden
Sjuksköterskeinsats			
Sjuksköterskeinsats Delegerad			
Rehabilitering träning Delegerad			
Rehabilitering behandling Delegerad			

Hjälpmedel	Hjälpmedel	Kommentarer
Rehabilitering hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Personlyft <input type="checkbox"/> Vårdsäng <input type="checkbox"/> Hygienstol	

7. Debiteringsunderlag (fylls i av Vaggeryds kommun)

Insats	Totalt antal timmar för hela vistelseperioden	Vistelsekommunens ersättningsbelopp per timme	Totalt belopp för hela vistelseperioden
Hemsjukvård (ssk, dsk)	x	vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller =	=
Hemsjukvård delegerad (usk, vårdbiträde)	x	vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller =	=
Hemsjukvård rehabilitering (at, sjg/ft)	x	vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller =	=
Hemsjukvård rehabilitering delegerad (usk, vårdb)	x	vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller =	=
Hjälpmedel beställning			
Personlyft <input type="checkbox"/>			
Vårdsäng <input type="checkbox"/>		vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	
Hygienstol <input type="checkbox"/>			

8. Godkännande av villkor och underskrift

Jag har tagit del av de villkor som framkommer på första sidan och bekräftar genom underskriften att beställningen är korrekt utifrån bifogade dokument och ovanstående beställning:

Ort och datum	Beställarens underskrift
---------------	--------------------------