



**BLANKETT 1; UNDERLAG FÖR INSKRIVNING OCH DEBITERING AV HEMSJUKVÅRDSINSATSER FÖR PATIENTER  
SOM VISTAS TILLFÄLLIGT I VAGGERYDS KOMMUN**

Socialförvaltningen

Datum:

Vår referens:

Er referens:

**BLANKETT 1; UNDERLAG FÖR INSKRIVNING OCH DEBITERING AV HEMSJUKVÅRDSINSATSER FÖR PATIENTER  
SOM VISTAS TILLFÄLLIGT I VAGGERYDS KOMMUN**

**+** Patientuppgifter

Namn: <input type="text"/>	Personnummer: <input type="text"/>	
Adress: <input type="text"/>	Postnr: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Vistelseadress: <input type="text"/>	Postnr: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Telefonnummer bosättningskommun: <input type="text"/>	Telefonnummer vistelsebostad: <input type="text"/>	
Namn närstående: <input type="text"/>	Telefonnummer närstående: <input type="text"/>	

**Fakturaadress**

Kommun: <input type="text"/>	Namn: <input type="text"/>	
Fakturaadress: <input type="text"/>	Postnr: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Telefonnummer: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>	

**Hemsjukvårdsinsatser**

**Information om kostnader för bosättningskommunen har lämnats till:**

Namn:

som godkänner att Vaggeryds kommun debiterar ovanstående kommun för  
hemsjukvårdsinsatser till en kostnad av 760 kr/timme (pris år 2018)

JA, godkänner debitering

NEJ, godkänner inte debitering



Informationen är lämnad av:

Namn: [redacted]	Datum: [redacted]
---------------------	----------------------

Följande hemsjukvårdsinsatser är aktuella:

[redacted]
------------

Hemsjukvården gäller:

Datum, fr.o.m: [redacted]	Datum, t.o.m: [redacted]
------------------------------	-----------------------------

Vem ska kontaktas vid en förändring i omvårdnadsstatus som kräver andra insatser?

Namn: [redacted]	Telefonnummer: [redacted]
Namn: [redacted]	Telefonnummer: [redacted]

Ansvarig Läkare och enhet/vårdcentral

---

**Bifogade handlingar**

- Aktuell ordination
- Hälsohistoria
- Läkemedelslista
- Annat [redacted]

Ort/datum [redacted]

Ansvarig beställares underskrift

Namn

Titel

Telefon



**Arbetssterapi/sjukgymnastik och hjälpmedel:**

Patients förskrivna och utprovade hjälpmedel i bosättningskommun ska tas med till Värnamo kommun vid tillfällig vistelse.

Hjälpmedel som ej är flyttbara, tas diskussion vid överflyttning. Debiteras från Värnamo kommun vid tillfällig/ny förskrivning

**Följande hjälpmedel är aktuella:**

<input type="text"/>
----------------------

Behov av hjälpmedel gäller fr.o.m:

t o m:

**Vid förändring av rehabinsatser kontaktas ansvarig sjukgymnast/arbetsterapeut:**

Namn: <input type="text"/>	Telefonnummer: <input type="text"/>
-------------------------------	--

Förbands- och förbrukningsartiklar som överstiger normalförbrukning kommer debiteras bosättningskommunen.

**Underskrift bosättningskommunen**

Namn: <input type="text"/>	Titel: <input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------------

**Vid frågor kontaktas:**

Områdeschef Vaggeryds kommun: Rosita Garic telefon; 0370-678395

[rosita.garic@vaggeryd.se](mailto:rosita.garic@vaggeryd.se)

MAS Vaggeryds Kommun: Caroline Lundgren 0370-678490

[Caroline.lundgren@vaggeryd.se](mailto:Caroline.lundgren@vaggeryd.se)



**VAGGERYDS  
KOMMUN**