

## Villkor vid beställning av Tillfällig vistelse - Insatser i enlighet med Hälso-och sjukvårdslagen

Vid tillfällig vistelse i Hörby kommun ansvarar bosättningskommunen för planerad hemsjukvård och följande gäller:

Beställningen av tillfällig vistelse görs av bosättningskommunen och skall vara enligt Hörby kommuns beställningsblankett om Tillfällig vistelse. Beställningen inklusive **alla bilagor\*** skickas till postadress: Socialförvaltningen/Myndighetsenheten, Box 91, 242 80 Hörby.

Beställningen finner ni på sida 2-3. Kompletta ifylld beställningsblankett skall vara Hörby Kommun tillhanda **senast fyra veckor** före ankomstdatum. Beställningsunderlag som inte är komplett ifyllt, eller där bilagor saknas, återsänds till bosättningskommunen för komplettering. Kompletteringen/beställningen skall vara Hörby kommun tillhanda **fyra 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 **fyra veckors** varsel.

Följande skall **alltid** bifogas:

- Specifikation på beställda insatser\*
- Den enskildes behov av sjuksköterskeinsatser\*
- Epikris\*
- Nödvändiga journalanteckningar
- Ordinationslista\*
- Läkemedelslista\*
- 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 Hörby 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 vistelsens gång **kontaktar** Hörby kommun bosättningskommunen omgående. Hörby 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 Hörby kommun via mail eller telefonkontakt till beställaren i bosättningskommunen.

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

**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 AAAA-MM-DD)	Avslutningsdatum (till och med AAAA-MM-DD)
--	--

**4. Beställare bosättningskommun**

Namn	Befattning	Förvaltning/enhet
Telefon/mobil	E-post	

**5. Uppgifter bosättningskommun**

Inskrivna i hemsjukvården i bosättningskommunen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	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	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**

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

**8. Godkännande avvillkor**

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

**9. Underskrift**

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