

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

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

Beställningen av tillfällig vistelse görs av bosättningskommunen och skall vara enligt Båstads kommuns beställningsblankett om Tillfällig vistelse. Beställningen inklusive **alla bilagor\*** skickas via mail till epostadress: [bastads.kommun@bastad.se](mailto:bastads.kommun@bastad.se).

Beställningen finner ni på sida 2-3. Kompletta ifylld beställningsblankett skall vara Båstads 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 Båstads 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 Båstads 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** Båstads kommun bosättningskommunen omgående. Båstads 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 Båstads kommun via mail eller telefonkontakt till beställaren i bosättningskommunen.

Fakturering av insatserna kommer att ske till bosättningskommunen efter avslutad vistelse i Båstads 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 ÅÅÅÅ-MM-DD)	Avslutningsdatum (till och med ÅÅÅÅ-MM-DD)
--	--

### 4. Beställare bosättningskommun

Namn	Befattning	Förvaltning/enhet
Telefon/mobil	E-post	

### 5. Uppgifter bosättningskommun

Inskrivnen i hemsjukvården i bosättningskommunen? Ja Nej	Ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut i bosättningskommun	
	Namn	Telefon/mobil
Har vård- och omsorgstagaren delegerad hemsjukvård i bosättningskommunen? Ja Nej	Är vård- och omsorgstagaren informerad om att ta med sig hjälpmedel? Ja 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	Personlyft Vårdsäng 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	=
Hemsjukvård rehabilitering delegerad (usk, vårdb)	x		=
Hjälpmedel beställning			
Personlyft			
Vårdsäng		vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	
Hygienstol			

### 8. Godkännande av villkor

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
---------------	--------------------------