



BESTÄLLNING AV KOMMUNAL HÄLSO- OCH
SJUKVÅRD FÖR TILLFÄLLIGA BESÖKARE I
SKÖVDE KOMMUN

Denna beställning skickas till:

Skövde kommun, Sektor vård och omsorg, Sjukskötersksenheten/Rehabenheten, Ekedalsgatan 14, 541 37 SKÖVDE

Denna beställning ska skickas in fyra veckor innan insatserna ska starta. Insatser, tid och ersättning ska vara överenskomna innan vistelsen.
För hemsjukvård i kommuner inom Västra Götalandsregionen gäller ersättning enligt VästKoms rekommendationer.

Personuppgifter

För och efternamn	Personnummer
-------------------	--------------

Bosättningsadress
Postnummer och Ort

Vistelseadress
Postnummer och Ort
Telefon vistelseort
Telefon mobil

Närstående/God man	Telefonnummer
--------------------	---------------

Insatser

<input type="checkbox"/> Sjuksköterskeinsatser	<input type="checkbox"/> Rehabinsatser	
Datum (fr o m)	Datum (t o m)	Tidsåtgång (tim/vecka)
Bifogade handlingar (kryssa i alternativ)		
<input type="checkbox"/> Aktuell ordination		
<input type="checkbox"/> Hälsohistoria eller annan relevant information		

Uppgifter bosättningskommun

Kommun	Organisationsnummer	
Beställare	Befattning	Telefon
Fakturaadress	Fakturareferens	
Eventuell referens vistelsekommunen		