



ÄNGELHOLMS KOMMUN

Bilaga 2 till Tillfällig vistelse

190417

Beställning/Intyg - Insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen för utförande av sjuksköterska vid tillfällig vistelse i Ängelholms Kommun.

Detta intyg lämnas av hemkommunen enligt anvisningar Ängelholms kommuns hemsida <http://www.angelholm.se/Omsorg-hjalp/Aldre/Tillfallig-vistelse/>. Insatser påbörjas **tidigast tre veckor** efter att Ängelholms kommun erhållit komplett beställning (innehållande alla begärda uppgifter).

Kommungäst	Vistelseadress
Namn _____	Ev. co adress _____
Personnummer _____	Postadress _____
Hemadress _____	Telefonnummer _____
Postadress _____	Vistelsetid _____
Telefonnummer _____	Fr.o.m. _____
	T.o.m. _____
Bedömning av hemkommunens sjuksköterska/distriktssköterska	
Insats utförs under följande tidsperiod: From _____ Tom _____	
Diagnos _____	
Mål _____	
Övrigt _____	
Bifogar: Ordinationsunderlag Läkemedelslista Sårjournal	
Information/handlingar lämnas efter patients samtycke Patienten har även SoL-insatser	
Fakturaadress hemkommun _____	
Ansvarig hemkommun namn _____ Telefonnummer (direkt): _____	
Ansvarig hemkommunen underskrift _____ Datum _____	

Kontaktuppgifter beställningsmottagare

Kundtjänst Ängelholms kommun

Östravägen 2

262 80 Ängelholms kommun

Fax: 0431-26320

Kundtjänst: 0431-87 000

ORGANISATIONSNUMMER: 212 000-0977