ÄNGELHOLMS KOMMUN

**Bilaga 3 till Tillfällig vistelse**
**190417**

## Beställning/Intyg - Insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen för utförande av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut/ sjukgymnast i hemmet vid tillfällig vistelse i Ängelholms Kommun

Detta intyg lämnas av hemkommunen enligt anvisningar på Ängelholms kommuns hemsida http://www.engelholm.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 arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut inkluderat tidsåtgång.**

**Insats utförs under följande tidsperiod: From_____Tom_____**

**Diagnos**_____
**Mål**_____
**Övrigt**_____

**Bifogar: Behandlingsplan** ☐ **Rehabplan** ☐

**Information/handlingar lämnas efter patients samtycke**

**Patient 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**