



**VARBERGS  
KOMMUN**

## Tillfällig vistelse i Varbergs kommun, Hemsjukvård

### Patientuppgifter

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

### Hemadress & kontaktuppgifter

Gata & nr	
Postnummer:	Postort:
Telefonnummer:	Mobilnummer:

### Uppgifter anhörig

Anhörigs namn:	Anhörigs telefonnummer:
----------------	-------------------------

### Adress och kontaktuppgifter till vistelse i Varbergs Kommun

Gata & nr:
Telefonnummer:

### Vistelsetid i Varbergs Kommun

From datum	Tom datum
------------	-----------

### Kontaktuppgifter till ansvarig i hemkommun

Leg. personals namn:	Telefonnummer:
E-post:	

### Faktureringsuppgifter:

Faktura adress:	
Postnummer:	Postort:
Organisationsnr:	Referenskod:

---

## Hälsohistoria

--

## HSL-insatser i hemkommunen

--

## HSL-insatser under vistelsen

--

Kontakt tas med enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten i Varberg senast 14 dagar innan startdatum för överenskommelse, 0340-88000, ifylld blankett faxas sedan senast 2 dagar före start. Faxnummer: 010-1514021

**Alla hjälpmedel, omlägningsmaterial, sprutor eller dyl. beställs av hemkommunen och skickas med patient, ska finnas så att det täcker hela vistelsen.**

---

Utfärdat datum

Underskrift av leg.personal i patientens hemkommun

---

Avrop avslutas

Underskrift av leg.personal i vistelsekommun