



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

**Denna beställning skickas till:**

Skövde kommun, Sektor vård och omsorg, Sjukskötersksenheten/Kommunrehab, 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		