



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

**Denna beställning skickas till:**

Skövde kommun, Sektor vård och omsorg, Sjukskötersksenheten, 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**

Datum (fr o m)	Datum (t o m)	Tidsåtgång
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	Referens	