

Avtaleskjema ved innleie av kommunalt følgepersonell ved innleggelse av pasient med særskilte behov

Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon/Samhandling

Avtalen gjelder innleie for pasient (m/NPR id):

Fødselsnummer:

Kommune:

Avtalen er inngått mellom:

Ansvarlig for pasienten i kommunen (navn, enhet):

Ansvarlig for pasienten i SSHF (navn, avdeling, klinikk):

Årsak til behov for kommunalt innleie:

Fra (innleggesdato): Til og med (utskrivingsdato):

Ev. avtales andre tidsrom i forhold til behov fra: tom:

Avtalen kan gjøres pr. telefon, men **skal ettersendes skriftlig pr. post**. Avtalen gjelder så lenge pasienten er innlagt.

Fakturering (ordinær timelønn) etter faktisk medgått arbeidstid er spesifisert på side 2.

Begge parter skal ha et eksemplar av avtalen og har ansvar for oppbevaring i henhold til egne rutiner.

Sted og dato:	Sted og dato:
For kommunen: (Navn, stilling, kontaktinformasjon)	For Sørlandet sykehus HF: (Navn, stilling, kontaktinformasjon)

Refusjonskrav sendes:Sørlandet Sykehus HF, Merkes: *navn på avdeling*

Postboks 419, 4604 Kristiansand

Refusjonskravet skal inneholde:

Navn på de som har vært innleid og antall timer innleie.

Navnet på den som har inngått avtale og klinikk/avdeling.

