

SAMMANFATTNING /MEDDELANDE OM TJÄNSTEKÖP

Beställare

Beställande enhet

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Åtgärd av

Yrkeskategori

Tjänsteköp som avser patient, fyll i personuppgifter

Personnummer	Namn
Adress	
Telefonnummer	

Datum (år-mån-dag) Tid (min) *Hemb *Adm Särskild Resa (min)

*Hemb = Hembesök
*Adm = Administration

Datum (år-mån-dag) Tid (min) *Hemb *Adm Särskild Resa (min)

Meddelande angående åtgärd (ej journaltext)

--

Bedömning/åtgärd utförd av

Datum	Namn	Enhet	Telefon
-------	------	-------	---------

Blanketten tillhör hemsjukvårdsavtal, bilaga 4 Regler, rutiner och ersättning tjänsteköp.