

**Intyg för ordination av träning i hemmet av fysioterapeut/arbetsterapeut
vid tillfällig vistelse i Örkelljunga Kommun**

I samband med en beställning av HSL-insats görs även en behovsbedömning av Örkelljunga Kommuns fysioterapeut/arbetsterapeut. Om behovsbedömningen inte överensstämmer tas kontakt med bosättningskommunen. Behovsbedömning/Intyg ska vara tillhanda senast tre veckor före planerad vistelse. Beställningen görs via fax på: 0435-545 40

1. Patient

Namn	Personnummer
Den tillfälliga vistelseadressen	Telefon/mobil
Adress i bosättningskommunen	Telefon/mobil

2. Bosättningskommun

Kommun/Stad	Organisationsnummer
Fakturaadress	

3. Vistelseperiod

Ankomstdatum (från och med ÅÅÅ-MM-DD)	Avslutningsdatum (till och med ÅÅÅÅ-MM-DD)
---------------------------------------	--

4. Beställare i bosättningskommunen

Namn	Förvaltning/enhet
Telefon/mobil	E-post

5. Typ av insatser

Behovsbedömning av bosättningskommunen
Diagnos:
Mål:
Bifogar Träningsprogram
Bifogar Rehabplan

6. HSL

Hemsjukvård	X	Vistelsekommunens ersättningsbelopp	=
Hemsjukvård delegerad	X		=