

AVTALE OM FØLGJEPERSON FRÅ KOMMUNE

Avtalen er inngått mellom Helse Møre og Romsdal HF (HMR) og

..... kommune

for pasient, født:

Kommunen skal, så langt råd, sørge for følge av godkjent følgjeperson tilsett i kommunen, som skal yte bistand medan pasienten er innlagt i Helse Møre og Romsdal HF frå dato: til dato (forv. utskriv.tidspunkt):

Kort beskriving av pasientens behov og kva for oppgåver følgjeperson skal gjere:

Ved døgnkontinuerleg oppfølgingsbehov gjerast følgjande avtale:

	Dag	Kveld	Natt	Forskyving/Overtid
Tal på følgjepersoner				
Klokkeslett - vaktlengde				

Når det ikkje er behov for døgnkontinuerleg oppfølging frå kommunal følgjeperson, gjerast følgjande avtale:

	Dag	Kveld	Natt	Forskyving/Overtid
Tal på følgjepersoner				
Klokkeslett - tilstades				

Bekreft med signatur* ved godkjenning av drosje for følgjeperson til og frå sjukehuset: _____

Fått utstedt midlertidig parkeringsbevis/tal: _____ (hugs å levere tilbake etter endt oppdrag!)

Kommune sender rekning for ev. meirutgifter til: mail: fakturamottak.fakturamottak@helse-mr.no

Evt. Helse Møre og Romsdal HF, Postboks 1600, 6026 Ålesund. Det bes om at følgjande referansar vert oppgjeve:

Avdeling/seksjon	Kostnadsstad	Evt. anna referanse

Ved fakturering gjeld følgjande:

Utgifter dekkast i samsvar med **Retningsline når personar med spesielle oppfølgingsbehov ved innlegging i Helse Møre og Romsdal HF med bistand av kommunalt tilsett personell.**

- Fakturering skal skje med utgangspunkt i gjeldande løn for aktuelt følgjepersonell
- Kommunen skal sende refusjonskrav innan 3 månader frå pasienten vert skriven ut

Stad og dato:

Stad og dato:

Fullmaktshavar kommune

* Fullmaktshavar Helse Møre og Romsdal HF