

Anmälan om behov av tillfällig icke brådskande vård i en tillfällig hemkommun

En separat blankett ska fyllas i för varje familjemedlem som är behov av tillfällig vård

Personuppgifter	Efternamn	Förnamn
	Personbeteckning	
	Gatu- och postadress	
	Telefonnummer	Hemkommun
Kommun och hälsostation som har vårdansvaret		
Kommun och hälsostation som ansvarar för tillfällig vård		
Tidsperiod då tjänster behövs	/ 20 - / 20	
Orsak till den tillfälliga vistelsen	<input type="checkbox"/> arbete <input type="checkbox"/> fritid <input type="checkbox"/> närmast anhörig / närstående <input type="checkbox"/> annan orsak, vad ?	
Underskrift	Datum	Klientens underskrift

Enligt 47 § i hälso- och sjukvårdslagen kan personen, om han/hon vistas på en annan ort regelbundet eller under en längre tid på grund av arbete, fritid, närmaste anhörigas/närståendes boende, använda hälsotjänster enligt sin vårdplan också utanför den egna hemkommunen. Personen ska göra en **skriftlig anmälan** om behovet av tillfällig vård både till den egna hemkommunen och till hälsotjänsterna i den tillfälliga hemkommunen **minst tre veckor före det första besöket** i den tillfälliga hemkommunens hälsovårdscentral. Till blanketten bifogas den **vårdplan** som den egna hälsovårdscentralen har gjort.

Blanketten skickas till adressen:
 Lovisa grundtrygghetscentral, PB 89,
 07901 Lovisa

Grundtrygghetscentralen fyller i
 Blanketten mottagen, datum
 Vårdplanen skickad, datum

Faktureringsuppgifter för hälsocentral i tillfällig hemkommun:

Pappersfaktura: Lovisa stad/inköpsfakturer, PB 306, 28601 Björneborg

adress för nätfakturer: 003702032639, operatör för nätfakturer Basware, förmedlarens kod BAWCFI22