

## SAMMANFATTNING /MEDDDELANDE OM TJÄNSTEKÖP

### Åtgärd av

Yrkeskategori
---------------

Namn och telefonnummer beställande enhet
--

### Tjänsteköp som avser patient, fyll i personuppgifter

Personnummer	Namn
Adress	
Telefonnummer	

Datum (år-mån-dag)	Tid (tim)

Datum (år-mån-dag)	Tid (tim)

Datum (år-mån-dag)	Tid (tim)

<b>Totalt antal patientbesök</b> _____
--

<b>Särskild resa:</b> Restid _____ Km _____
---

<b>Frikort:</b> Ja Frikortsnr _____ Nej
---

### Meddelande angående åtgärd (ej journaltext)

--

### Bedömning/åtgärd utförd av

Datum	Namn	Telefon

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