# **Vedlegg 1 Avtale om ledsager ved innleggelse**

**Avtalen er inngått mellom Helse Nord-Trøndelag HF og \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kommune

for pasient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, født: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kommunen skal sørge for følge av en kjent ledsager ansatt i kommunen som skal yte bistand mens pasienten
er innlagt i Helse Nord-Trøndelag HF

fra dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til dato (forventet utskrivningstidspunkt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Kort beskrivelse av hvilke kommunale tjenester pasienten har vedtak om:
* Kort beskrivelse av pasientens behov og hvilke oppgaver ledsager skal gjøre:
* Avtalte utgifter knyttet til reise, opphold, kost m.m. som dekkes av HNT:

Turnus for ledsagere:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dag | Kveld | Natt | Annet |
| Antall ledsagere |  |  |  |  |
| Klokkeslett -vaktlengde  |  |  |  |

Kommunen sender regning for merutgifter, (jfr. pasientens vedtak om kommunale tjenester):

*Helse Nord Trøndelag HF, Fakturamottak, Service boks 2623, 6405 Molde.*

*Merkes: navn på klinikk / avdeling*

**Ved fakturering gjelder følgende**

* Utgifter dekkes i henhold til felles «Rutine for bruk av ledsager ved innleggelse av pasienter med spesielle oppfølgingsbehov i HNT», kapitlene 5a, 7 og 8.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sted og dato: |  | Sted og dato: |
|  |  |  |
| Ansvarlig leder kommune |  | Ansvarlig leder i Helse Nord-Trøndelag HF |