

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

48 § i hälso- och sjukvårdslagen stipulerar att om en person på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna utan att den vårdansvariga hälsostationen ändras. En person kan också i de situationer som avses ovan för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen utnyttja tjänsterna vid en sådan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården som finns i ett annat välfärdsområde än det egna utan att vårdansvaret överförs.

Personen ska göra en skriftlig anmälan om behovet av tillfällig vård både till hälsotjänsterna i den kommun som har vårdansvaret och till hälsotjänsterna i den tillfälliga hemkommunen **minst tre veckor före** det första besöket till den tillfälliga hemkommunens hälsostation. I anmälan ska framgå begynnelse- och slutdatum för behovet av vård.

Till blanketten bifogas den vårdplan som hälsostationen i kommunen med vårdansvar har utarbetat. Tider som beställts tidigare flyttas inte till den tillfälliga hälsostationen och avbokas inte automatiskt. En avgift tas ut för oanvända tider som inte avbokats. För ytterligare uppgifter om tillfällig icke brådskande vård i en annan hälsostation kan man kontakta hälsostationen i den egna kommunen eller i den tillfälliga hemkommunen.

EN SEPARAT BLANKETT SKA IFYLLAS FÖR VARJE FAMILJEMEDLEM

PERSON- UPPGIFTER	Efternamn (också tidigare)	Alla förnamn
	Hemadress	Personbeteckning
	Postnummer och adressort	Telefonnummer
	Hemkommun	

UPPGIFTER OM NUVA- RANDE HÄLSOSTAT- ION	Nuvarande välfärdsområde
	Nuvarande hälsostation
	Välfärdsområde som ansvarar för tillfällig vård
	Hälsostation som ansvarar för tillfällig vård

ORSAK FÖR TILLFÄLLIG VISTELSE	arbete
	fritid
	nära anhörig/närstående
	annan orsak, vad?

DATUM OCH UNDERSKRIFT (underskrifterna av barnets båda vårdnadshavare)	Ort och datum
	Underskrift och namnförtydligande
	Underskrift och namnförtydligande

Kunden svarar själv för att skicka blanketterna till Östra Nylands välfärdsområde och den egna hälsostationen.

Den utskrivna och undertecknade blanketten skickas till:

1) Den egna hälsostationen, där vårdplanen utarbetas. (Vårdplanen utarbetas vid hälsostationen. Ur den framkommer till exempel patientens diagnos, vårdbehov, vårdens mål och medicinering. Med hjälp planen kan patienten få vård enligt just de behoven som framkommer från vårdplanen, också på andra ortens hälsostation.)

2) Östra Nylands välfärdsområde:
Registratorskontoret vid Östra Nylands välfärdsområde, Mannerheimgatan 20 K, 3:e vån.,
06100 Borgå eller signerad och som säker e-post.

Ändringen träder i kraft inom tre veckor från att anmälan mottagits. Det skicka inte skilt information om ändringen till klienten.