

Oppmøtebekreftelse og dokumentasjon for nære pårørende

Behandlingssted:			
Nær pårørendes navn:			
Fødselsnummer:			
Gjeldende dato:		Kl.	
Med nære pårørende menes ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, og personer som tilhører samme husstand. Ved bekreftelse som gjelder gjentakende konsultasjoner, må liste med datoer og klokkeslett legges ved. Listen må stemples og signeres av behandler.			

Behandler bekrefter at dokumentasjonen gjelder:

Barn under 18 år, som besøker foresatt med livstruende sykdom Behandlende lege må bekrefte at sykdommen er livstruende, og at behandlingen varer i minst to uker.	☐
Nære pårørende som reiser til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom (BUP) eller familievernkontor Nære pårørende må være innkalt av faglig leder.	☐
Nære pårørende som reiser til et kompetansesenter for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger	☐
Nære pårørende som reiser til kurs eller opplæring i regi av en helseinstitusjon Nære pårørende må være innkalt eller henvist, kurset må ha et medisinsk eller behandlingsmessig innhold og kurset må være nødvendig for fremtidig oppfølging av pasienten.	☐
Barn under 18 år, som er pårørende til foreldre eller søsken, som reiser til helsepersonell Helsepersonellet, som har behandlet pasienten, skal ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Dette gjelder ved psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom/skade eller dødsfall. Rettigheten gjelder ikke når barn reiser for å besøke eller ha samvær med foreldre eller søsken.	☐

Nære pårørende har behov for ledsager på reisen av medisinske årsaker	☐ Ja	☐ Nei
Nære pårørende må av medisinske årsaker benytte privat bil Nære pårørende kan av medisinske årsaker ikke benytte rutegående transport.	☐ Ja	☐ Nei
Merknad:		
Ikke oppgi helseopplysninger, som f.eks. diagnose eller inngående beskrivelse av pasientens eller den pårørendes helsetilstand, av hensyn til personvern.		
Dokumentasjonen utstedes under ansvar, jf. helsepersonelloven § 6. Jeg bekrefter at opplysningene er korrekte:		
Dato og signatur fra helsepersonell	Stempel	