PASIENTREISER

Stadfesting på oppmøte og dokumentasjon for nære pårørande

Behandlingsstad:			
Namn på pårørande:			
Fødselsnummer:			
Gjeldande dato:		**Kl.**	

Med nær pårørande meinast ektefelle, sambuar, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, og personer som høyrer til same husstand.

Ved stadfesting som gjeld gjentekne konsultasjonar, må liste med datoar og klokkeslett leggjast ved. Lista må stemplast og signerast av behandlar.

Behandlar stadfester at dokumentasjonen gjeld:

Barn under 18 år, som besøker føresett med livstrugande sjukdom Behandlande lege må stadfeste at sjukdommen er livstrugande, og at behandlinga varer i minst to veker.	☐
Nær pårørande som reiser til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom (BUP) eller familievernkontor Nær pårørande må vere innkalla av fagleg leiar.	☐
Nær pårørande som reiser til eit kompetansesenter for personar med sjeldne og lite kjende diagnosar og funksjonshemmingar	☐
Nær pårørande som reiser til kurs eller opplæring i regi av en helseinstitusjon Nær pårørande må vere innkalla eller tilvist, kurset må ha eit medisinsk eller behandlingsmessig innhald og kurset må vere nødvendig for framtidig oppfølging av pasienten.	☐
Barn under 18 år, som er pårørande til foreldre eller søsken, som reiser til helsepersonell Helsepersonell, som har behandla pasienten, skal ta vare på barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Dette gjeld ved psykisk sjukdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sjukdom/skade eller dødsfall. Rettigheten gjeld ikkje når barn reiser for å besøke eller ha samvær med foreldre eller søsken.	☐

Den pårørande har behov for følgjeperson på reisa av medisinske årsaker	☐ **Ja**	☐ **Nei**
Den pårørande må av medisinske årsaker nytte privat bil Nær pårørande kan av medisinske årsaker ikkje nytte offentleg transport.	☐ **Ja**	☐ **Nei**
Merknad:		

Ikkje gi helseopplysningar, som f.eks. diagnose eller skildringar av pasientens eller den pårørande sin helsetilstand, av omsyn til personvern.

Dokumentasjonen gis under ansvar, jf. helsepersonelloven § 6. Eg stadfester at opplysningane er korrekte: Dato og signatur frå helsepersonell	Stempel

For meir informasjon om pasientreiser: pasientreiser.no / helsenorge.no / tlf. 05515