**Standardkontrakt vedr. ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”**
Betingelserne for nærværende standardkontrakt stammer fra ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling” som indgået mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen.
 **1. Aftaleparter**

Aftalen indgås mellem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sygehus** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Kommune/arbejdsgiver** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Afdeling** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Afdeling/adresse** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Telefonnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Telefonnr.** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**2. Patientoplysninger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CPR.nr** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Patientens navn** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Adresse (vej og nr.)** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Postnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Patientens telefonnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**3. Ansvarlig stamafdeling på sygehuset - kontaktoplysninger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ansvarlig stamafdeling** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Kontaktperson** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Telefonnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Akut telefonnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **e-mailadresse**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**4. Udførende kommunal enhed/arbejdsgiver – kontaktoplysninger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kommunal udfører/arbejdsgiver** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Kontaktperson** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Telefonnr. (dag tid)** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. | **Akut telefonnr.**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **e-mailadresse**  | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**5. Hvor er der behov for ledsagelse (sæt kryds)**

Akut behandling/undersøgelse [ ]

Planlagt behandling/undersøgelse [ ]

**6. Aftalt omfang af ledsagelse**

Dato for ledsagelsens start: Klik eller tryk for at angive en dato.

Det forventede omfang af ledsagelse opgøres som det antal timer, kommunerne afregnes for. Ved ambulante besøg anvendes A. Ved indlæggelse anvendes B1 og B2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** | **Forventet omfang af timer i alt** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **B1** | **Forventet omfang i timer pr. indlæggelsesdøgn** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **B2** | **Forventet indlæggelsestid** | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

 **7. Ansvar**

Ansvar for ledsager er beskrevet på side 5 i ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”.

**8. Økonomi**

Taksterne reguleres med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Der afregnes med en fast takst på 277,21 kroner pr. time (2019-niveau) plus tillæg for aften og weekendarbejde. Anvend evt. indtastningsark, som findes på:

www.regionsyddanmark.dk/wm373177

Regninger sendes elektronisk til sygehusets EAN-nr. og evt. personreference. Kommuner og sygehuse kan i den konkrete situation indbyrdes aftale, om kommunerne opgør og sender regning for hver ledsagelse, eller om en regning kan indeholde mere end én ledsagelse for samme patient.

Af hensyn til muligheder for økonomistyring, henstilles det, at regninger sendes senest tre måneder efter ledsagelsen har fundet sted og så vidt muligt inden for samme regnskabsår.

|  |  |
| --- | --- |
| Sygehusets EAN-nummer | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| Personreference på sygehuset | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| Sygehusets CVR-nr. | Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

Indbetalinger mærkes med teksten ”ledsagelse” og ”patientens navn eller CPR-nr.” samt ”periode” (eksempelvis 2. kvartal 2020).

**9. Underskrifter**

For sygehuset: For kommunen/arbejdsgiver:

Dato: Klik eller tryk for at angive en dato. Dato: Klik eller tryk for at angive en dato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_