|  |  |
| --- | --- |
| Rekvisisjon til: | [ ]  Gaustad Hotell [ ]  Hotell Montebello [ ]  Ullevål Hotell |
| Utfyllt blankett sendes på fax: **23252405,** hotellet vil bekrefte denne bestillingen  |
|  |
| **PASIENTEN:(\*må alltid fylles ut)**Navn\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ født\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ddmmåååå) Adresse\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**pasientens bostedsadresse iht folkeregisteret**)Postnummer\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poststed\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf.nr\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-post adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | [ ]  Nytt opphold[ ]  Endring/Forlengelse[ ]  Avbestilling |
| 1. [ ]  Ett- eller todøgnsopphold i forbindelse med reise mellom hjem og sykehus. Pasienten legger ut for oppholdet og har fått beskjed om å bekrefte reservasjonen. Oppgi pasientens tlf-nr. i feltet over. Pasienten må sende reiseregning til pasientreisekontoret for eventuelt å få refundert deler eller hele utgiften (jmfr. pasientreiseforskriften).
2. [ ]  Tre døgns opphold eller mer i forbindelse med reise mellom hjem og sykehus. OUS fakturerer oppholdet til pasientreisekontoret ved foretaket som pasienten tilhører iht folkeregisteret.
3. [ ]  Opphold uansett varighet, men hvor medisinske grunner gjør overnatting nødvendig under reisen (jmfr. spesialisthelsetjenesteloven). OUS fakturerer oppholdet til sykehuset i pasientens opptaksområde. Dette skal dokumenteres i DIPS og må evt. kunne oversendes på forespørsel.
4. [ ]  Dersom pasienten er innskrevet ved OUS: Bestillende avdeling/seksjon/enhet har ansvaret for pasientens opphold på hotellet og oppholdet belastes kostnadssted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. [ ]  Opphold faktureres ekstern institusjon (fakturaadresse). Gyldig bestillingsreferanse fra institusjonen må alltid oppgis:

Faktura mottaker: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bestillingsreferanse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Ankomstdato:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Har informert pasient om å bekrefte ankomst til hotelletFelles telefon hotell:**23252400****Avreisedato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Pensjonsform (måltider):**[ ]  Bare rom [ ]  Frokost [ ]  Helpensjon [ ]  Helpensjon med kveldsmåltid Kveldsmåltid skal være medisinsk begrunnet dersom (ved oppholdsalternativer 2,3,4) Helpensjon brukes dersom det ikke krysses av for andre alternativer. |
|  **FØRSTE LEDSAGER (dersom pasienten er innskrevet og ledsager skal bo alene på rom må dette kommenteres):** |
| Navn: | Betales av OUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kostnadssted) | Ankomst-dato: | Avreise-dato: |  |
|  | [ ]  Ja [ ]  Nei  | Måltider: [ ]  Kun frokost[ ]  Helpensjon[ ]  Helpensjon med kveldsmåltid |  |  | [ ]  Har informert ledsager om å bekrefte ankomst til hotellet |
| Kommentarer: |

**Andre ledsagere (selvbetalende):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Kommentarer: |
| **PRAKTISKE OPPLYSNINGER – må alltid oppgis når pasienten er innskrevet ved OPUS (ved alt. 4):** |
| Kontaktperson for medisinske spørsmål: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Døgnbemannet kontakttelefon:22 11 76 62\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Spesielle behov:[ ]  Bruker rullestol [ ]  Hørselshemmet[ ]  Synshemmet [ ]  Handicaprom |
| Diett/andre opplysninger: |
| **REKVIRENT FOR ANSVARLIG AVDELING/SEKSJON/ENHET:** |
| Navn: Christiansen, Tine  | Enhetens kortkode : ØYED2 |
| Telefon(bemannet 8-16):22 11 82 82 | Faks:22 11 77 33 | Anmerkninger: |
| **SIGNATUR / STEMPEL (ved alt.3 og 4):** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato Signatur |