|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 hotellet  Felles 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 | | | | | | | |