



## PLAN FOR KOMMUNAL VAKT VED PASIENT INNLAGT I HELSE FINNMARK

Dette skjema erstatter ikke pasientreisereiseregningsskjema.

**Avtale mellom ..... kommune og**

**Helse Finnmark HF v/ avdeling.....**

Tilstedeværelse/vakt hos pasient .....(navn/født)

Adresse:.....

i tidsrommet f.o.m. ....(dato), kl. ....  
t.o.m. ....(dato), kl.....

Antall timer: \_\_\_\_\_

Navn ledsager: \_\_\_\_\_

Lønn til ledsager utbetales av kommunen og viderefaktureres Helse Finnmark, vedlagt denne avtale.

| Antall timer  | Lønn              | à kr. | Sum |
|---|-------------------|-------|-----|
|   | Ord.timelønn      |       |     |
|   | Kveld-/Nattilegg  |       |     |
|   | Lør-/Søn.tillegg  |       |     |
|   | Helligdagstillegg |       |     |
|   | Forskjøvet vakt   |       |     |
|   | Overtid 50 %      |       |     |
|   | Overtid 100 %     |       |     |
|   | Overtid 133 1/3 % |       |     |
| SUM   |                   |       |     |
| 12 %  | Feriepenger       |       |     |
| Brutto lønn   |                   |       |     |
| %   | Arb.giveravgift   |       |     |
| SUM   |                   |       |     |
| Kostutgifter  |                   |       |     |
| Reiseutgifter   |                   |       |     |
|   |                   |       |     |
| Utgifter ved skifte av personell, jf. avtalens Pkt. 8.4 |                   |       |     |
| Totalsum refusjonskrav                                  |                   |       |     |

Attestasjon Dato:

Avdelingspl. Helse Finnmark

Ledsager

Leder kommune

