|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dokumentet gäller för:**Hemtjänst i egen och extern regi, Måltid Falkenbergs tillagningskök, hemsjukvården | **Dokumenttyp:**Blankett  | **Beslutsdatum:**2025-02-13 | **Reviderat datum:** |
| **Revideringsansvarig:**Verksamhetsutvecklare, stab Socialförvaltningen | **Revideringsintervall:**Vid behov | **Beslutad av:**Förvaltningschef | **Version:**1.0 |



Blankett för beställning av kylda rätter från Måltid Falkenbergs tillagningskök – brukare med hemtjänst

* Om beställningen gäller konsistensanpassad kost (timbalkost) ska hemtjänst *eller* sjuksköterska fylla i blanketten beroende på om brukaren har hemsjukvård eller inte.
* Om beställningen gäller kombinerad specialkost eller andra särskilda behov ska hemtjänsten fylla i blanketten med brukare/anhörig som kan beskriva behovet.
* Hemtjänsten behåller originalet, men lämnar en kopia till köket.

Fyll i tabellen

|  |  |
| --- | --- |
| **Tillagningskök** |  |
| **Hemtjänstutförare** |  |
| **Telefonnummer hemtjänst** |  |
| **Initialer för brukare** |  |
| **Beställningen gäller från datum**(överenskommelse med köket) |  |
| **Beställningen gäller till datum**(slutdatum på biståndsbeslut) |  |

## Konsistensanpassad kost

Kryssa i

|  |  |
| --- | --- |
|  | Timbalkost: Brukare utan hemsjukvård (blanketten fylls i av hemtjänst) |
|  | Timbalkost: Brukare med hemsjukvård (blanketten fylls i och signeras av sjuksköterska) |

Signatur sjuksköterska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Grov paté, gelé, flytande och tjockflytande tillhandahålls ej för brukare med hemtjänst)

## Kombinerad gluten- och laktosintolerans eller andra särskilda behov

Kryssa i

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kombinerad gluten- och laktosintolerans  |
|  | Andra särskilda behov |

När ”andra särskilda behov” är ikryssat ovan ska behovet beskrivas här

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |