

Namn: _____ Personnummer: _____

Medger att information översändes ☐ Ja ☐ Nej ☐ Menprövning utförd

Varning/överkänslighet: _____

Kontaktorsak/vidtagna åtgärder: _____

Aktuella sjukdomar: _____

Finns vårdrelaterade infektioner hos vårdtagaren ☐ Ja ☐ Vet ej i närmiljön ☐ Ja ☐ Vet ej

Vilka: _____

Kommunikativ förmåga

☐ Kan uttrycka sig ☐ Svårigheter att tala ☐ Svårigheter att förstå
☐ Förvirrad/glömsk ☐ Nedsatt syn ☐ Nedsatt hörsel

Kommun/stadsdel: _____

☐ Ordinärt boende ☐ Särskilt boende Boendets namn: _____

Insatser enligt HSL: ☐ Ja, vilka och hur ofta: _____

Insatser enligt SoL: ☐ Ja, vilka och hur ofta: _____

Insatser enligt LSS: ☐ Ja, vilka och hur ofta: _____

Aktuellt status före insjuknandet:	Självständig	Delvis hjälp	Total hjälp	Kommentar
Personlig hygien				
På/avklädning				
Förflyttning				
Toalettbesök				
Födointag				

Specifika omvårdnadsbehov: _____

Förflyttningshjälpmedel: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

☐ **APODOSKUND**

Medskickat:

☐ ID-handling ☐ Hörapparat ☐ Aktuell läkemedelslista ☐ Recept ☐ Dosett

☐ Tandprotes övre ☐ Hygienartiklar ☐ Hjälpmedel: _____

☐ Tandprotes nedre ☐ Skor

☐ Glasögon ☐ Läkemedel (ögondrp, salvor, inhalator, ovanliga LM): _____

☐ Övrigt: _____

Patientansvarig läkare: _____ Telefon: _____

Vårdcentral/motsvarande: _____

Patient/Omvårdnadsansvarig sjuksköterska: _____

Telefon dag: _____ Telefon kväll: _____

Telefon helg: _____ Telefon natt: _____

Ansvarig biståndshandläggare: _____ Telefon: _____

Anhörig underrättad:

☐ Ja ☐ Nej Varför: _____

Namn/relation: _____

Telefon bostad: _____ Datum: _____

Telefon arbetsplats: _____

Uppgiftslämnare:

Namn: _____

Titel: _____

Datum: _____

MEDDELANDE FRÅN BEHANDLANDE LÄKARE

Diagnos: _____

Åtgärd: _____

Ordinerad fortsatt behandling: _____

Behandlande läkare: _____ Datum: _____

Vid enhet: _____ Telefon: _____