



Socialt och medicinskt meddelande

Denna information ska alltid medfölja patienten till sjukhus

Samtycke av patient och/eller närstående att denna information får överlämnas:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej:
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Boendeform:	Vårdcentral:	Datum:
-------------	--------------	--------

Namn:	Närstående:
Personnr.:	Telefon:
Adress:	Närstående:
Postadress:	Telefon:
Telefon:	

	Telefon	Fax:	Mobiltelefon
Biståndshandläggare:			
Hemtjänstgrupp:			
Arbetsledare kommunen:			
Distriktssköterska/sjuksköterska:			
Ansvarig familjeläkare:			

Hjälpbehov innan aktuell händelse

Nutrition -äta/drick a	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____
Aktivitet -personlig hygien	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____
-dusch/bad	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____
-på/avklädning	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____
-förflyttning	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____
Elimination -toalettbesök	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp	_____

Läkemedel <input type="checkbox"/> ApoDos <input type="checkbox"/> Dosett <input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Behöver hjälp

Kommunikation -hörapparat / glasögon / afasi / mentalt status etc.

Insats av arbetsterapeut/sjukgymnast:

Hjälpmiddel :

Medsändes:	<input type="checkbox"/> Glasögon	<input type="checkbox"/> Hörapparat	<input type="checkbox"/> Gula mappen
	<input type="checkbox"/> Toalettsaker	<input type="checkbox"/> Kläder/skor	<input type="checkbox"/> Legitimation
	<input type="checkbox"/> Tandprotes uppe	<input type="checkbox"/> Tandprotes nere	<input type="checkbox"/> Annat:

Anhöriga kontaktade:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej: Orsak:
----------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Aktuell händelse:

Jag som skrivit detta heter :	Befattning:	Telefon:
-------------------------------	-------------	----------

Bifoga om möjligt kopia på omvårdnadsjournalen

Ej journalhandling