

Patienten samtycker till att informationen lämnas

Boendeform:	Vårdcentral:	Datum:	
Namn:	Närstående:		
Personnummer:	Telefon:		
Adress:	Närstående:		
Postadress:	Telefon:		
Telefon:	Telefon	Mobiltelefon	
Enhetschef:			
Hemtjänstgrupp/boendeenhet:			
Trygghetspatrull:			
Ansvarig distrikts-/sjuksköterska:			
Ansvarig distriktsläkare:			
Aktivitets-/funktionsförmåga:	Klarar själv	Delvis beroende	Helt beroende
Kommentar:			
Förflyttning			
På-/avklädning			
Toalettbesök			
Äta/dricka			
Diagnoser av särskilt intresse:			
Diabetes	Allergi/överkänslighet	Stroke	Blodsmitta
Hjärtsjukdom	Demenssjukdom	Astma/KOL	Annat:

**Aktuell vårdkontakt**

Anledning till aktuell vårdkontakt:			
Anhöriga kontaktade	Ja	Nej, orsak:	
Medsändes:			
Glasögon	Toalettsaker	Tandprotes uppe	Legitimation
Hörapparat	Kläder/skor	Tandprotes nere	Annat:
Jag som skrivit detta heter:	Befattning:	Telefon:	

Rev. 2012