

Sjukhus/klinik,avd/alt. Kommun, boendeennet/alt.primärvård/vårdcentral		Personnr	
		Namn	
		Adress	
Anhörig/närstående	Telefon	Telefon	
Kontakta alltid kommunen innan utskrivning		Ansvarig läkare	Telefon
		Ansvarig sjuksköterska	Telefon
Vårdtid		Ansvarig sjukgymnast/arbetsterapeut	Telefon
<input type="checkbox"/> Patient informerad	<input type="checkbox"/> Anhörig informerad	Ansvarig Hemtjänst dag/kväll	Telefon
Vårdbedömning		Nattpatrull	Telefon
Anames/Bakgrund samt aktuell frågeställning/Förslag till fortsatta behandlings- och rehabiliteringsåtgärder/ Behov av speciell behandling (medicinsk eller omvårdnadsåtgärd) komplikationsrisker/överkänslighet			
Bedömning av patientens förmåga			Aktuell läkemedelslista bifogas. <input type="checkbox"/>
Mental förmåga (kognition)		Kommunikation	Vätskeintag/näringsintag
<input type="checkbox"/> Helt orienterad	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	
<input type="checkbox"/> Viss förvirring	<input type="checkbox"/> Svårighet att tala	<input type="checkbox"/> Otillräcklig	
<input type="checkbox"/> Svårighet att uttrycka sig	<input type="checkbox"/> Nedsatt språklig förståelse	<input type="checkbox"/> Sond/intravenöst	
<input type="checkbox"/> Ingen kontakt	<input type="checkbox"/> Nedsatt förmåga syn/hörsel	<input type="checkbox"/> Specialkost	
Förflyttning/gångförmåga		Förflyttning säng/stol	På- och avklädning
<input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Självständigt	<input type="checkbox"/> Självständigt	
<input type="checkbox"/> Med gånghjälpmedel	<input type="checkbox"/> Med tillsyn	<input type="checkbox"/> Med tillsyn	
<input type="checkbox"/> Med levande stöd	<input type="checkbox"/> Med assistans	<input type="checkbox"/> Med assistans	
<input type="checkbox"/> Med rullstol	<input type="checkbox"/> Med mycket hjälp	<input type="checkbox"/> Med mycket hjälp	
Hygien		Inkontinens	Toalettbesök
<input type="checkbox"/> Självständig	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Oberoende	
<input type="checkbox"/> Med tillsyn	<input type="checkbox"/> Enstaka gång	<input type="checkbox"/> Med tillsyn	
<input type="checkbox"/> Med assistans	<input type="checkbox"/> Urininkontinens	<input type="checkbox"/> Med assistans	
<input type="checkbox"/> Med mycket hjälp	<input type="checkbox"/> Avföringsinkontinens	<input type="checkbox"/> Med mycket hjälp	
Underskrift			
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande	