



Patientinformation **Blanketten ska medfölja i vårdkedjan**

Vårdtagarens namn _____ Personnummer _____

Boendets namn: _____

Boendets adress: _____

Telefon ssk exp: _____ Växel: _____

Datum: _____ SSK namn: _____

Har kontakt skett med ansvarig läkare: Ja/ Nej

Namn _____ Telefon _____

Anhörigas namn och tel. _____ information lämnad: Ja Nej

Patient har ID handling Ja/ Nej

Patient/ anhörig har godkänt informationsöverföring: Ja/ Nej

Patienten har känd **allergi/överkänslighet** _____ Ja/ Nej

Patienten har känd **Smitta** _____ Ja/ Nej

Skydds- och begränsningsåtgärder? I så fall, vilka? _____ Ja/ Nej

Patienten var före insjuknandet:

Klar och orienterad: Ja/ Nej

Rullstolsburen: Ja/Nej

Behov av rollator: Ja/ Nej

sängliggande Ja/ Nej

Andra hjälpmedel: _____

Förstår/talar svenska: Ja/ Nej Annat språk: _____

Vad har hänt/ problem/ aktuellt status:

Tidigare sjukdomar:

Läkemedelslista bifogas Ja/ Nej Patienten har dospåsar Ja/ Nej

Tandprotes Ja/ Nej Patienten har dosett Ja/ Nej

Patienten medförs: Ögondroppar Ja/ Nej Spray/ inhalator Ja/ Nej

Hörapparat Ja/Nej Glasögon Ja/ Nej