EKERÖ KOMMUN

Bilaga 4:1
Rev. 2024-11-22

Patientinformation **Blanketten ska medfölja i vårdkedjan**

Vårdtagarensnamn_____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