

Patientinformation Blanketten ska medfölja i vårdkedjan

Vårdtagarens namn _____ Personnummer _____

Namn och adress på boendet _____ Telefon _____

Den _____ till _____ inskickad av _____
Datum Sjukhus SSK namn Telefon

Kontakt med jourläkare/ husläkare

Namn _____ Telefon _____

Anhöriga 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** _____ **Smitta** _____

Läkemedelslista bifogas	Ja/ Nej	Patient har E-dos/ Apodos	Ja/ Nej
Patienten medförs: Ögondroppar	Ja/ Nej	Spray/ inhalator	Ja/Nej
Hörapparat:	Ja/Nej	Glasögon	Ja/ Nej
Tandprotes	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 _____

Riskbedömningar har utförts:

Fall resultat _____ Åtgärder _____**Trycksår** resultat _____ Åtgärder _____**Nutrition** resultat _____ Åtgärder _____**Tidigare sjukdomar/aktuell****status/frågeställning** _____

Omvårdnadssansvarig sjuksköterska: _____ tel _____

Ansvarig läkare: _____ tel _____

Paramedicinare: _____ tel _____

Biståndshandläggare: _____ tel _____