

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Patientinformation	
Personnr:	
Namn:	
Adress:	
Postnr och Ort:	
Särskilt boende:	
Närstående, namn & telnr	
Övrig information:	

Samtycke
Patienten/Närstående har medgivit samtycke till utbyte av information
Ja: <input type="checkbox"/>
Nej: <input type="checkbox"/>
Signatur:

Slutenvårdsenhet	
Klinik:	
Avdelning och telefonnr:	

Inskrivning		
Datum:		
Inskrivningsorsak:		
Preliminärt utskrivningsdatum:		
Övrig information:		
Kvittens från		Datum
Kommun:		
Namn och titel		
Kommun:		
Namn och titel		
Primärvård:		
Namn och titel		

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Svar på inskrivning från kommun
Namn:
Datum:
Information:

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Svar på inskrivning från Primärvården

Namn:

Datum:

Fast vårdkontakt:

Utskrivningsrapport Aktivitet och funktionsförmåga

	Oberoende	Beroende	Kommentar
Äta och dricka			
Vända sig i sängen			
Förflyttning i/ur säng			
Förflyttning inomhus			
Förflyttning utomhus			
Sköta toalettbehov			
Personlig hygien			
Dusch			
Påklädning/avklädning			
Nattillsyn			
Handla			
Laga mat			
Städa			
Tvätta			
	Ja	Nej	Kommentar
Fallrisk			
Oro			
	Normal	Nedsatt	Kommentar
Syn			
Hörsel			
Kognitiv förmåga			
Kommunikationsförmåga			
Förmåga att larma			
	Nej	Ja	Kommentar
Syrgasbehandling			
Dropp			
Sond:			
Injektioner			
Smärtlindring			
KAD			
Omläggning			

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Allmän omvårdnad:

Utskrivningsrapport Slutenvårdens läkare

Namn:

Datum:

MPL anteckning:

Utskrivningsrapport Slutenvårdens arbetsterapeut

Namn:

Datum:

Utförda och planerade åtgärder:

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Utskrivningsrapport Slutenvårdens sjukgymnast	
Namn:	
Datum:	
Utförda och planerade åtgärder:	

Utskrivningsklar		
Datum:		
Kvittens från		Datum
Kommun:		
Namn och titel:		
Kommun:		
Namn och titel:		
Primärvård:		
Namn och titel:		

Kommunklar		
Datum:		
Kvittens från		Datum
Kommun:		
Namn och titel		
Information:		

Utskrivningsmeddelande
Utskrivningsklar datum:
Sammanfattning av vårddid:

Meddelandeformulär för Samverkan vid utskrivning - reservrutin Prator

Kompletterande uppgifter:

Patienten avliden:

Kvittens från

Kommun:	
Namn och titel	
Kommun:	
Namn och titel	
Primärvård:	
Namn och titel	