###### Socialt och medicinskt meddelande

Denna information ska alltid medfölja patienten till sjukhus

|  |  |
| --- | --- |
| Samtycke av patient och/eller närstående att denna information får överlämnas: | Ja  Nej: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Boendeform: | Vårdcentral: | Datum: |

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  Personnr.:  Adress:  Postadress:  Telefon: | Närstående:  Telefon:  Närstående:  Telefon: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Telefon** | **Fax:** | **Mobiltelefon** |
| Biståndshandläggare: |  |  |  |
| Hemtjänstgrupp: |  |  |  |
| Arbetsledare kommunen: |  |  |  |
| Distriktssköterska/sjuksköterska: |  |  |  |
| Ansvarig familjeläkare: |  |  |  |

Hjälpbehov innan aktuell händelse

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nutrition | -äta/dricka | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
| Aktivitet | -personlig hygien | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
|  | -dusch/bad | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
|  | -på/avklädning | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
|  | -förflyttning | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
| Elimination | -toalettbesök | Klarar själv | Behöver hjälp |  |
| Läkemedel | ApoDos  Dosett | Klarar själv | Behöver hjälp | |
| Kommunikation–hörapparat / glasögon / afasi / **mentalt status** etc. | | | | |
| Insats av arbetsterapeut/sjukgymnast: | | | | |
| Hjälpmedel : | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medsändes**: | Glasögon | Hörapparat | | Gula mappen. | | OBS! Aktuell ordinationshandling |
|  | Toalettsaker | Kläder/skor | | Legitimation | | |
|  | Tandprotes uppe | Tandprotes nere | | Annat: | | |
| Anhöriga kontaktade: | Ja | Nej: Orsak: | | | | |
| Aktuell händelse: | | | | | | |
| Jag som skrivit detta heter : | | | Befattning: | | Telefon: | |

**Bifoga om möjligt kopia på omvårdnadsjournalen** Ej journalhandling