**Vårdbegäran för in och utskrivning i hemsjukvård/hembesök**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Avsändande enhet |
| Faxnr avsändare | Telefonnummer |
| Ansvarig läkare | Ansvarig för vårdbegäran |
| Mottagare |  |
| Faxnr mottagare |  |

Journalhandling

|  |
| --- |
| **Patient uppgifter** |
| Namn |
| Personnummer |
| Adress och telefonnummer |
| Patient listad på vårdcentral |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patienten har lämnat medgivande till överföring av information,** via sammanhållen journalföring(NPÖ) |  |

|  |
| --- |
| **Egenvårdsbedömning utförd Ja Nej**  |
| **Om Ja: Hälso- och sjukvård  Egenvård**  |

|  |
| --- |
| **Aktuell information****S=Situation, B=Bakgrund, A=Aktuellt tillstånd, R=Rekommendation**  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Journalkopia bifogas |  | Ordinationshandling bifogas |  | Läkemedelslista bifogas |  |
| Provtagningsremiss/etikett skickas per post |  | Behov av vårdplanering**Datum:** **Tid:** |  | Förskrivet hjälpmedel |  |

|  |
| --- |
| **Önskad handläggningstid** |
| Snabbt/samma dag |  | Kontakta kommunens/primärvårdens sjuksköterska per telefon |
| Senast nästa dag |  |  |
| Datum för åtgärd |  |