

# Patientinformation

## SAMTYCKE

 av patient/vårdtagare närstående/anhörig företrädare

## IDENTITET

Namn		Personnummer
Adress	Ortsadress	

## INFORMATION

Vårdcentralstillhörighet	Fax nr
Ansvarig läkare	Tfn
Ansvarig sjuksköterska	Tfn

## BOENDE

Boende	Ordinärt boende	
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Har hemvård/hemtjänst	
Namn:	Tfn:	Tfn till hemtjänstgrupp:
<input type="checkbox"/> LSS/LASS		

**Närstående meddelade:**  Ja  Nej

Namn	Namn
Relation	Relation
Tfn	Tfn

Anledning till akutbesöket och vidtagna åtgärder

## Överkänslighet

Medsänt	
<input type="checkbox"/> Medicinlista/Dosrecept <input type="checkbox"/> Tandprotes <input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Patientbricka <input type="checkbox"/> Omvårdnadspärm	
<input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Kläder <input type="checkbox"/> Hygienartiklar <input type="checkbox"/> Inneskor	
Läkemedel (ovanliga) vilka:	Eget hjälpmedel, vilka:

## ADL-förmåga

Kan själv	Behöver hjälp	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personlig hygien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	På-/avklädning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toalettbesök
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förflyttning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontinens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äta/dricka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedelsintag

## Kommunikativ förmåga

Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan uttrycka sig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svårigheter att tala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svårigheter att förstå
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förvirrad/glömsk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt syn

## INFORMATIONSLÄMNARE

Namn	Tfn
Befattning	Datum