

**In- och utskrivningsmeddelande - kallelse till samordnad vårdplanering**

Mottagande kommun			Mottagande vårdcentral/motsvarande		
<b>SAMTYCKE</b>					
<input type="checkbox"/> Patienten medger att uppgifter lämnas till kommun/primärvård			<input type="checkbox"/> Patienten medger <b>ej</b>		
<input type="checkbox"/> Närstående medger att uppgifter lämnas till kommun/primärvård			<input type="checkbox"/> Närstående medger <b>ej</b>		
<b>INSKRIVNINGSMEDDELANDE</b>					
Inskrivningsdatum			Inskrivningsorsak		
År	Mån	Dag	Planerad vårdtid	Övrig information:	
			<input type="checkbox"/> < 1 v <input type="checkbox"/> 1-2 v <input type="checkbox"/> > 3 v	<input type="checkbox"/> :	
Ansvarig läkare		Ansvarig sjuksköterska		Telefon	

**Kallelse till samordnad vårdplanering**

År	Mån	Dag	Ansvarig läkare	Ansvarig sjuksköterska
<b>Kontakt önskas inom kommunen med</b>				
<input type="checkbox"/> Biståndshandläggare		<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut		<input type="checkbox"/> Annan
<input type="checkbox"/> Distriktsjuksköterska		<input type="checkbox"/> Sjukgymnast		
<b>Landstingets primärvård/övrig öppenvård</b>				
<input type="checkbox"/> Läkare		<input type="checkbox"/> Annan		
<b>ADL-förmåga</b>			<b>Kommunikativ förmåga</b>	
Kan själv	Behöver hjälp		Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	På-/avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äta/dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedelsintag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ADL-bedömning utförd av:                      datum:	
Tekniska hjälpmedel:				
Underskrift (ansvarig):				
<b>ÅTERKALLANDE av kallelse till samordnad vårdplanering</b>				
År	Mån	Dag	Läkare	

**Utskrivningsmeddelande**

Datum för utskrivningsklar				Planerat hemgångsdatum		
År	Mån	Dag	Ansvarig läkare	År	Mån	Dag
<b>ÅTERKALLANDE av utskrivningsmeddelande</b>						
År	Mån	Dag	Läkare			