

## Patientinformation

Blankett för information till akutsjukvården för patienter inom LSS-boenden  
(Gruppboendestäder och Serviceboendestäder)

Namn	Personnummer
Namn & adress på boendet	Telefon
Närståendes namn	Informerad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Relation	Telefon
Närståendes namn	Informerad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Relation	Telefon
Patient/närstående har godkänt informationsöverföring Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Vårdcentralstillhörighet	Ansvarig läkare
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	Telefon/Fax
Ansvarig sjuksköterska jourtid (kvällar, nätter och helger)	Telefon/Fax
Paramedicinare (Arbetsterapeut/ Fysioterapeut)	Telefon/Fax
LSS-handläggare	Telefon/Fax

## Information

Anledning till akutbesöket och vidtagna åtgärder

Senast given läkemedelsdos eller ordination (kl.)	
Överkänslighet	<input type="checkbox"/> Ingen känd
ADL/Kommunikativ förmåga (behöver hjälp med) Skriv gärna mer under "Fri text" om du saknar någon rubrik!	
<input type="checkbox"/> Personlig hygien	<input type="checkbox"/> Svårighet att tala
<input type="checkbox"/> Svårighet att tala	<input type="checkbox"/> Äta/dricka
<input type="checkbox"/> Svårighet att tala	<input type="checkbox"/> Förflyttning
<input type="checkbox"/> På- och avklädning	<input type="checkbox"/> Svårighet att förstå
<input type="checkbox"/> Svårighet att förstå	<input type="checkbox"/> Läkemedelsintag
<input type="checkbox"/> Svårighet att förstå	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel:
<input type="checkbox"/> Toalettbesök	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/> Förvirrad/glömsk
<input type="checkbox"/> Kontinens	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Fallrisk
Uppdaterad datum: _____	Signatur: _____
Ska skickas med	
<input type="checkbox"/> Hygienartiklar	<input type="checkbox"/> Hörapparat
<input type="checkbox"/> Hörapparat	<input type="checkbox"/> Legitimation
<input type="checkbox"/> Legitimation	<input type="checkbox"/> Läkemedelslista
<input type="checkbox"/> Kläder för hemresa	<input type="checkbox"/> Glasögon
<input type="checkbox"/> Glasögon	<input type="checkbox"/> Ögondroppar
<input type="checkbox"/> Ögondroppar	<input type="checkbox"/> Inhalation
<input type="checkbox"/> Inneskor	<input type="checkbox"/> Tandprotes
<input type="checkbox"/> Tandprotes	<input type="checkbox"/> Apodos-påsar/dosett
<input type="checkbox"/> Apodos-påsar/dosett	<input type="checkbox"/> Övrigt _____
Läkemedelssystem	Nästa leverans apodos-rulle
<input type="checkbox"/> Dosrecept	<input type="checkbox"/> Dosett
<input type="checkbox"/> Dosett	Datum: _____

## Den som skickar in patienten

Datum	Namn	Titel	Telefon

## Fri text:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---