

## OMVÅRDNADSMEDDELANDE

Från primärvården och/eller stadsdelsförvaltningen

Pers nr

Namn

Adress

Tfn

Närståendes namn

Tfn hem

Arbetet

Närstående är informerad

Patient medger att information översändes

Distriktssköterska/Hemsjukvårdssjuksköterska

Vårdplaneringsansvarig SDF

Husläkare

### Orsak till sjukhuskontakt

### Omvårdnadsstatus inkl. ADL-förmåga "innan insjuknandet"

#### Katz ADL-index

ADL-grad

Badning

På/avklädning

Toalettbesök

Förflyttning

Kontinens

Födointag

Oberoende

Beroende

Påminnelse

Tillsyn

Aktiv hjälp

#### Hjälpmedel

Finns hos patienten

Beställt den

Behöver följas upp

#### Nuvarande omvårdnads- och hemtjänstinsatser

Aktuell medicinlista/APO-doskort bifogas.

Datum

Signatur

Befattning

Telefon



UNDERLAG FÖR VÅRDPLANERING