|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Meddelande om utskrivningsklar** | | | |  |
|  | **Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande** | | | |  |
|  | *Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta* | | | |  |
|  | **Avsändare** | | **Ange samtliga mottagare** | |  |
|  | **\*Patientidentitet** | | | |  |
|  | **Personnummer Namn Ärendenummer** | | | |  |
|  |  |  | |  |  |
|  | **Utskrivningsklardatum (**åååå-mm-dd**) Klockslag** (tt:mm) | | | |  |
|  |  | |  | |  |
|  | **Patienten är utskrivningsklar**    **Nödvändig information finns tillgänglig vid utskrivning** | | | |  |
|  |  | | | |  |