|  |  |
| --- | --- |
| **Avsändande enhet\*** | **Patientidentitet\*** |
| **Kommun/primärvård/sjukhus**    | **Personnummer**    |
| **Adress**    | **Namn**    |
| **Postnr/ort**    | **Adress**    |
| **Tfn/mobil**    | **Postnr/ort**    |
| **Fax nr**    | **Tfn/mobil**    |
| **Dagens datum**     | **Patienten samtycker till informationsöverföring**       **NPÖ**       |
| **Avsändande person\*** |
| **Namn**    | **Befattning**      |
| **Tfn/mobil**      | **Fax**      |
| **Kontaktuppgifter tjänstgörande sjuksköterska, tel.nr/mobil\*** |
| **Dag**      | **Tfn/Mobil**      |
| **Kväll**      | **Tfn/Mobil**      |
| **Natt**      | **Tfn/Mobil**      |
| **Helg**      | **Tfn/Mobil**      |
| **Kontaktpersoner i Öppenvården tel.nr/mobil** | **Kontaktpersoner i kommunen tel.nr/mobil** |
| **Vårdcentral** | **Biståndshandläggare** |
| **Läkare** | **Sjuksköterska**      |
| **Sjuksköterska** | **Arbetsterapeut**      |
| **Arbetsterapeut** | **Fysioterapeut**      |
| **Fysioterapeut**       | **Annan**      |
| **Fast vårdkontakt**      |  |
| **Närstående** |  |
| **Namn**      | **Namn**      |
| **Tfn/Mobil**      | **Tfn/mobil**      |