|  |  |
| --- | --- |
| **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** |