

Checklista (Sidan 1 av 2)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande
 Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare

Ange samtliga mottagare

--	--

Patient*

Personnummer

Namn

Ärendenummer

--	--	--

För att patienten skall vara klar för hemgång ska följande vara uppfyllt.

Den landstingsfinansierade slutenvården ansvarar för (markera med X)

	<input type="checkbox"/> Patienten har fått uppgifter om fast vårdkontakt i öppenvården
	<input type="checkbox"/> Patienten har fått muntlig/skriftlig information inför utskrivningen
	<input type="checkbox"/> Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst är tillgänglig för de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande
	<input type="checkbox"/> Slutanteckning är tillgänglig
	<input type="checkbox"/> Remiss där det fortsatta vårdbehovet framgår är tillgänglig
	<input type="checkbox"/> Läkemedelslista och läkemedelsberättelse är tillgänglig
	<input type="checkbox"/> Patientens behov av läkemedel, recept, specifikt förbandsmaterial, nutritionsprodukter, hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning är tillgängliga och säkrade vid utskrivning till öppenvård

Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för (markera med X)

	Fast vårdkontakt utsedd		
	Samordningsansvaret övergått till den Fasta vårdkontakten:	(åååå-mm-dd)	
	Insatser från Öppenvården tillgängliga och säkrade	Ja	Ej aktuellt
	Insatser från Rehab tillgängliga och säkrade	Ja	Ej aktuellt
Bekräfta att nödvändig information från slutenvården överförs så att den enskilde får en säker hemgång			
Öppenvården sjukhus	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt
Vårdcentral	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt
Rehab	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt

Kommentar

--



Checklista Sidan (2 av 2)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande
Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare

Ange samtliga mottagare

--	--

Patient*

Personnummer

Namn

Ärendenummer

--	--	--

För att patienten skall vara klar för hemgång ska följande vara uppfyllt.

Kommunen ansvarar för (markera med X)

Insatser från kommunens hälso- och sjukvård tillgängliga och säkrade	Ja	Ej aktuellt	
Insatser från kommunens socialtjänst tillgängliga och säkrade	Ja	Ej aktuellt	
Bekräfta att nödvändig information från slutenvården överförs så att den enskilde får en säker hemgång			
Socialtjänst	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt
Hemsjukvård	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt
Rehab	Bekräftad	Komplettering krävs	Ej bedömt

Kommentar

--

Hemgångsplanering

Hemgångsdatum

Datum

--	--

Kommentar

--