

**Vårdbegäran (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
-----------	-------------------------

Patientidentitet*		
Personnummer	Namn	Ärendenummer

Vårdinitiativ (remittent, soctj, myndbesl, pat, närst)

Pat är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård*

 Ja Nej

Boendeform (ord, särsk, korttid, bost-lös, annan)

Anhörig/närstående informerad (ja/nej)

Kommentar till boendeform

Orsak till vårdbegäran*

Frågeställning

Åtgärd innan ankomst

Patienten har följande insatser (markera med ett X)

Hemtjänst	Trygghetslarm	Boendestöd
-----------	---------------	------------

Övriga omsorgsinsatser

Hälsotillstånd

Munhälsa

Omvårdnadsinsats

Vårdbegäran sid 2 av 2

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som rymms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
------------------	--------------------------------

Patientidentitet *							
Personnummer	Namn					Ärendenummer	

Aktivitet Funktion (Bedömd nedsättning)	Har inte bedömts	Ingen 0-4 %	Lätt 5 - 24 %	Måttlig 25 - 49 %	Svår 50 - 95 %	Total 96 - 100 %	Kommentar
LÄRANDE OCH TILLÄMPAD KUNSKAP							
KOMMUNIKATION							
FÖRFLYTTNING							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppsställning							
Att gå							
PERSONLIG VÅRD							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbehov							
Att klä sig							
Att äta							
Att dricka							
HEMLIV							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
KROPPSFUNKTIONER							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							

Bedömningsdatum *

Hälsa- och sjukvård

Rehabiliteringsinsats

Övrigt medsänt

Remisshantering

Läkemedelshantering