



Informationsöverföring/rapport från omvårdnadspersonal

Vårdtagarens namn	Vårdtagarens personnummer	Adress/boende/enhet
-------------------	---------------------------	---------------------

Information/rapport/ärende från omvårdnadspersonal:

Namn	Befattning	Enhet	Telefonnummer
------	------------	-------	---------------

Information/rapport till:

Datum	Dag-ssk <input type="checkbox"/>	Kväll-ssk <input type="checkbox"/>	Natt-ssk <input type="checkbox"/>	Arb.terapeut <input type="checkbox"/>	Sjukgymn. <input type="checkbox"/>	Dietist <input type="checkbox"/>	Omv.personal <input type="checkbox"/>	Enhetschef <input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------

Information/rapport – skriv tydligt:

Svar önskas <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Senast <input type="text"/>

Omvårdnadspersonalen tar kopia på blanketten och placerar den i Sociala dokumentationspärmen under Flik 11. Originalt överlämnas till berörd legitimerad personal – informationsöverföringen kan vid behov kompletteras med muntlig information.

Svar från utföraren

Datum	Utförare	Enhet

Blanketten överlämnas personligen eller faxas till berörd personal/enhet.
(vid faxning – använd kortnr)