



Beslut om låsning av boendenhet.

Vårdtagarens namn	Personnummer	Boende/enhet
-------------------	--------------	--------------

Risikanalyser är genomförd: Ja Nej

Låsning med hänvisning till nödrätt: Ja Nej

Övriga vårdtagare och dess närstående är informerade om låsningen: Ja Nej

Beslut fattas gemensamt av demenssjuksköterska och enhetschef.

Datum	Boendenhet	Tidsperiod fr.o.m – t.o.m.	Demenssjuksköterska – underskrift	Enhetschef – underskrift	Information till närstående
					<input type="checkbox"/>

Kopia på beslutet översänds till medicinskt ansvarig sjuksköterska!