



**Informationsöverföring/rapport/beställning av hälso- och sjukvårdsinsats**

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

Information/rapport/beställning från hälso- och sjukvårdspersonal:

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

Information/rapport/beställning 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/beställning avser:

Information/rapport/för kännedom <input type="checkbox"/>	Tillfällig hälso- och sjukvårdsinsats (tidpunkt) <input type="checkbox"/> _____	Stående hälso- och sjukvårdsinsats (period) <input type="checkbox"/> _____
--	--	---

1.Omvårdnadsinsats <input type="checkbox"/>	2.Tillsyn <input type="checkbox"/>	3.Sårvård <input type="checkbox"/>	4.Provtagning <input type="checkbox"/>	5.Rehabilitering <input type="checkbox"/>	6.Hjälpmiddel <input type="checkbox"/>	7.Kost / Vätska <input type="checkbox"/>
8.Observation <input type="checkbox"/>	9.Munvård <input type="checkbox"/>	10.Inkontinensvård <input type="checkbox"/>	11.Elimination <input type="checkbox"/>	12.Stödstrumpa <input type="checkbox"/>	13.Annat <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>

15.Överlämna läkemedel <input type="checkbox"/>	16.Se till att läkemedel tas <input type="checkbox"/>	17.Ge insulin <input type="checkbox"/>	18. Blodsockerprov <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

Information/rapport/ beskrivning av åtgärd/åtgärderna – skriv tydligt:


Svar önskas <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    Senast _____	Uppföljning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    Datum _____
---	--

Informationsöverföringen kan vid behov kompletteras med muntlig information. För omvårdnadspersonalen görs blanketten tillgänglig för all berörd personal genom placering i den Sociala dokumentationspärmen Flik 11. Enhetschefen ansvarar för att all berörd personal läser ”Informationsöverföringen”.

Svar från utföraren (efter avslutad insats)

Datum	Utförare	Enhet

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