

MEDICINSK VÅRDPLAN

Namn:..... Personnr:.....

Upprättad av läkare:..... Datum:.....

Närvarande vid Medicinsk vårdplanering

--

Ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska i kommunen

--

Andra viktiga vårdkontakter

--

Social bakgrund och närstående

--

Aktuell sjukdomssituation

--

Namn:.....

Personnr:.....

Planering av vårdenHLR ska genomföras vid hjärtstopp ja nej Apodos**Vid försämring kontaktas vårdgivare:**

Dagtid.....

Telefon.....

Jourtid.....

Telefon.....

Finns öppen retur till.....

Telefon.....

Reviderad 2023-09-22