

## 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 vården**

HLR ska genomföras vid hjärtstopp    ja    nej

 Apodos**Vid försämring kontaktas vårdgivare:**

Dagtid.....

Telefon.....

Jourtid.....

Telefon.....

Finns öppen retur till.....

Telefon.....

Reviderad 2023-09-22