

A

Överlämnande av vårdansvar Uppdrag Patient för kännedom

| | | |
|--|---|---|
| Namn: | Född: | |
| Adress: | Telefon: | |
| Närstående, namn och telefon: | | |
| Aktuellt hälsotillstånd: | | |
| Omvårdnadsepikris bifogad <input type="checkbox"/> | Rehabepikris bifogad <input type="checkbox"/> | Läkarepikris bifogad <input type="checkbox"/> |
| Känd överkänslighet: | | |
| Anledning till överlämnande / planerade insatser: | | |

Läkemedelsansvar: Sköter själv Övertages Patienten underrättad: Ja Nej

Patienten informerad om överlämnandet till hemsjukvården / primärvården: Ja Nej

Vårdplanering önskas: Ja Nej

Datum:

Ansvarig distriktsköterska, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut eller sjukgymnast

.....

Telefon:

Bekräftelse mottagit fax, datum och underskrift

B

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemsjukvården / primärvården övertar patienten | |
| <input type="checkbox"/> Hemsjukvården / primärvården övertar inte vårdansvar för patienten p.g.a. | |
| | |
| | |
| Datum: | Underskrift sjuksköterska / distriktsköterska |

Bekräftelse mottagit fax, datum och underskrift



Förtydligande till blankett

- **Överlämnande av vårdansvar mellan vårdgivare**
 - Kräver vårdplanering
 - Aktuella epikriser ska alltid bifogas.
- **Uppdrag inför helg**
 - För patienter som inte utan olägenhet kan ta sig till jourcentral.
Se separat dokument/lokala avtal.
 - Det är viktigt med samråd mellan omvårdnadsansvarig SSK i primärvård och HSV.
 - Aktuella epikriser enligt överenskommelse.
- **Patient för kännedom**
 - Det är viktigt med samråd mellan omvårdnadsansvarig SSK primärvård och HSV
 - Aktuella epikriser enligt överenskommelse.
- **Del A** är initiativdel med bekräftelse av mottagande
- **Del B** är svarsdel med bekräftelse av mottagande