

Vårdbegäran

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Avsändare

Ange samtliga mottagare

--	--

Patientidentitet

Personnummer

Namn

Ärendenummer

--	--	--

Vårdinitiativ (remitterande hälso- och sjukvårdsproducent, soctj, myndbesl, pat, närst, vet ej)

--

Orsak till vårdbegäran

--

Vidtagna åtgärder

--

Boendeform (ord, särsk, korttid, bost-lös, annan)

--

Kommentar till boendeform

--

Vårdbegäran

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Medsänt

Hälsotillstånd

Dosdispenserade läkemedel

Ja Nej

Egenvård

Remisshantering

Kommunala insatser

Pågående insatser enligt SoL, LSS, LVU, LVM

Pågående sjukvårdsinsatser

Pågående rehabiliteringsinsatser

Vårdbegäran

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

- Trygghetslarm Ja Nej
- Inskriven i hemsjukvården Ja Nej
- Läkemedelsövertag Ja Nej

Öppenvårdsinsatser

Pågående sjukvårdsinsatser från specialistsjukvård

Pågående sjukvårdsinsatser från vårdcentral

Pågående rehabiliteringsinsatser

Insatser från annan verksamhet

Vårdbegäran

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Aktivitet och funktion – Normaltillstånd

Bedömning gjordes: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Bedömd nedsättning	Har inte bedömts	Ingen nedsättning 0-4%	Lätt nedsättning 5-24%	Måttlig nedsättning 25-49%	Svår nedsättning 50-95%	Total nedsättning 96-100%	Kommentar
Lärande och tillämpad kunskap							
Kommunikation							
Förflyttning							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppsställning							
Att gå							
Personlig vård							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbehov							
Att sköta tandhygien							
Att klä sig							
Att dricka							
Hemliv							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
Kroppsfunktioner							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							