

# Vårdbegäran

*Bifoga också kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande*

Avsändare

Ange samtliga mottagare

## Patientidentitet

Namn

Personnummer

Ärendenummer

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

Orsak till vårdbegäran

Vidtagna åtgärder

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

Kommentar till boendeform

---

---

Medsänt

---

---

Hälsotillstånd

---

---

Dosdispenserade läkemedel

Ja  Nej

Egenvård

---

---

Remisshantering

---

---

### **Kommunala insatser**

Pågående insatser enligt SoL, LLS, LVU, LVM

---

---

Pågående sjukvårdsinsatser

---

---

Pågående rehabiliteringsinsatser

---

---

Trygghetslarm  Ja  Nej

Inskrivnen i hemsjukvården  Ja  Nej

Läkemedelsövertag  Ja  Nej

## Öppenvårdsinsatser

Pågående sjukvårdsinsatser från specialistsjukvård

---

---

Pågående sjukvårdsinsatser från vårdcentral

---

---

Pågående rehabiliteringsinsatser

---

---

Insatser från annan verksamhet

---

---

## Aktivitet och funktion- Nuvarande tillstånd

 Bedömningen gjordes: [Klicka 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
<b>Lärande och tillämpa kunskap</b>							
<b>Kommunikation</b>							
<b>Förflyttning</b>							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppshållning							
Att gå							
<b>Personlig vård</b>							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbesök							
Att sköta tandhygien							
Att klä sig							
Att äta							
Att dricka							
<b>Hemliv</b>							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
<b>Kroppsfunktioner</b>							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							