

Blankett för sammankoppling RAPS

Före sammanslagning					
Patient-ID		Födelsedatum			
Förnamn					
Efternamn					
c/o					
Gatuadress					
Postnummer		Postort			
Land					
Kön	Kvinna <input type="checkbox"/>		Man <input type="checkbox"/>		Okänt <input type="checkbox"/>
Identitetstyp	ID <input type="checkbox"/>	Pass <input type="checkbox"/>	Körkort <input type="checkbox"/>	LMA-kort <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
ID-nummer					
Efter sammanslagning					
Patient-ID		Födelsedatum			
Förnamn					
Efternamn					
c/o					
Gatuadress					
Postnummer		Postort			
Land					
Kön	Kvinna <input type="checkbox"/>		Man <input type="checkbox"/>		Okänt <input type="checkbox"/>
Identitetstyp	ID <input type="checkbox"/>	Pass <input type="checkbox"/>	Körkort <input type="checkbox"/>	LMA-kort <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
ID-nummer					
Kommentar					

Godkänd av			
Jag som rapportör intygar att identifieringen av patienten är säkerställd och har utförts enligt VGR:s riktlinjer.			
Verksamhet		Namn	
Telefon		VGR-ID	
Datum		Underskrift	