

Bilaga till delregional rutin

Kontaktlista – behandling med trakealkanyl, hemventilator och hostmaskin

Patient

Namn:	Patient-Id:
-------	-------------

Kommun/privat aktörs ansvar – skriv vilken enhet/person som ansvarar, (kryssa över rutor som inte ansvarar)

Enhetschef HSL:	Telefon:	
Enhetschef SoL:	Telefon:	
Enhetschef LSS:	Telefon:	
Sjuksköterska:	Tfn:	Jour:

Fast vårdkontakt inom specialistvården

Enhet:	
Namn:	Telefon:
Enhet:	Telefon:
Namn:	Telefon:
Enhet:	Telefon:
Namn:	Telefon:

Fast vårdkontakt listad vårdcentral

Vårdcentral:	Namn:
Måndag-fredag 08,00–17,00	Telefon:

Huvudansvarig fast vårdkontakt (samordningsansvarig)

Enhet:	
Namn:	Telefon:

Ansvarig för Rehabilitering- Primärvård eller Kommun

Skriv vilken nivå som ansvarar, (kryssa över rutor som inte ansvarar)

Vårdcentral:	Telefon:
Kommun:	Telefon:

Ansvarig för trakealkanyl

Enhet:	Telefon:
Måndag-fredag 08,00–16,00 Övrig tid:	Telefon:

Ansvarig för hemventilator

Enhet:	Telefon:
Måndag-fredag 08,00–16,00 Övrig tid:	Telefon:

Ansvarig för hostmaskin

Enhet:	Telefon:
Måndag-fredag 08,00–16,00 Övrig tid:	Telefon:

Försäkringskassan

Ansvarig person:	Telefon:
------------------	----------

Habiliteringen

Ansvarig person:	Telefon:
------------------	----------