

## Meddelande till öppenvården

**Datum:**

- Till Mobila Teamet i \_\_\_\_\_
- Till Psykiatriska Öppenvårdsmottagningen i \_\_\_\_\_
- Till Dagsjukvården i \_\_\_\_\_
- Till Barn- och ungdomspsykiatri i \_\_\_\_\_

Patientens namn	<input type="checkbox"/> Har besökt akutmottagningen
Personnummer	<input type="checkbox"/> Har ringt akutmottagningen
	<input type="checkbox"/> Har fått besök av PPR
	<input type="checkbox"/> Patienten är känd sedan tidigare
	<input type="checkbox"/> Patienten är ny

### Journalanteckning angående aktuell situation och önskad uppföljning

Datum	Ansvarig för anteckningen
Datum	Ansvarig för anteckningen
Datum	Ansvarig för anteckningen

Kontakt önskas inom: \_\_\_\_\_  Dagar  Veckor  Månader

---

---

Med vänlig hälsning

Psykiatriska Akutmottagningen i Falköping

0515-87668