

## DIN INFORMATION TILL OSS

Vi är tacksamma om du fyller i följande formulär hemma i lugn och ro, gärna tillsammans med någon närstående. Detta underlättar vår förberedelse inför vårdtiden här hos oss.

**Namn**..... **Personnummer**.....

**Aktuellt telefonnummer till dig**.....

### Närstående

Bestäm gärna innan du skrivs in vem som ska vara kontaktperson. Vi ber att den personen sedan håller kontakt med övriga anhöriga.

Relation..... Namn.....

Tel.bostad.....

Tel.arbete.....

Mobil.....

Relation..... Namn.....

Tel.bostad.....

Tel. arbete.....

Mobil.....

**Hur är din boendesituation?** .....

**Har du hemtjänst eller hemsjukvård, ange vilket?**.....

### Sekretess

Om någon ringer till avdelningen och frågar efter dig, får vi säga att du finns här?

Ja                       Nej                      Något undantag?.....

Får vi svara på frågor om ditt hälsotillstånd?

Ja                       Nej

### Kontaktersak

En kort beskrivning av de besvär som gjort att du kommit hit

.....  
.....  
.....  
.....

**Har du tidigare vårdats på sjukhus eller opererats?** Nej Ja För vad?

.....

.....

.....

**Aktivitet**

Fyll i dina behov av hjälp nedan

	Ingen hjälp	Viss hjälp	Mycket hjälp(2 personer)
Äter själv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toalettbesök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Av/Påklädning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta sig i/ur säng	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hygien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förflyttning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gånghjälpmedel**Krycka/käpp Rullator Rullstol **Har du ramlat det senaste året?** Nej Ja

**Yrke/sysselsättning**.....

.....

**Övriga faktorer som kan ha betydelse för din vård hos oss (religion, tobaksvanor, etc)**

.....

.....

.....

**Övriga aktuella sjukdomar, såsom diabetes, astma, högt blodtryck samt eventuell behandling av dessa**

.....

**Är du överkänslig eller allergisk mot något läkemedel eller något födoämne?**

.....

.....

**Tar du mediciner regelbundet?** Nej Ja

Sort

Styrka

Antal/dag och klockslag

.....

.....

.....

.....

.....

**Längd**.....**Vikt**.....**Vi önskar information om följande****Syn/hörsel:** glasögon, hörapparat etc

.....

**Kost** specialkost, aptit etc. Om du äter specialkost är vi tacksamma om du hör av dig på tel. 031-3426142 vår koordinator

.....

**Har du gått ner i vikt ofrivilligt det senaste året?** Nej Ja**Toalettvanor** inkontinens blåsa eller tarm, förstoppning etc

.....

**Hud** sår, eksem, klåda etc

.....

**Sömn** svårt att sova, medicin mot detta etc

.....

**Smärta**

.....