



KONTAKTKORT

för samverkan mellan mig och
sjukhus, vårdcentral, kommunens
hälso- och sjukvård samt hemtjänst

Namn:

Personnr:

Adress:

Postnr:

Postort:

Telefon:

e-post:

Bostadsform		<input type="checkbox"/> Trappor	<input type="checkbox"/> Hiss
Ensamboende			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
Närstående			
Telefon hem		Telefon arbete	
Närstående			
Telefon hem		Telefon arbete	
Biståndshandläggare			
Telefon		Fax	
Hemvårdschef			
Telefon		Fax	
Distriktsköterska			
Telefon		Fax	
Distriktsläkare			
Telefon		Fax	
Sjukgymnast			
Telefon		Fax	
Arbetsterapeut			
Telefon		Fax	

Aktiviteter i det dagliga livet			
Uppdaterat datum		Av (namn)	
	Klarar själv	Behöver hjälp	Kommentarer
Födointag äta och dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitet dusch och bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på- och avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förflyttning inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjälpmedel inne <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
ute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ute <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjälpmedel Hjälpmedel
Kontinens- blåsa och tarm		
Kommunikation tal, hörsel, syn, språk etc		
Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon -kvälls- och nattpatrull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga kända vårdgivare		
Omvårdnadsbehov och rehabiliteringsinsatser		

OBS! Anteckningarna skrivs med blyerts

Meddelande om akut situation

Insjuknandet, vad har hänt - ange datum (om möjligt klockslag)

Vidtagna åtgärder

Närstående kontaktad..... Ja Nej

Läkemedelslista medföljer..... Ja Nej

Dosett/Apodos medföljer..... Ja Nej

Klarar medicinering..... Ja Nej

Datum för anteckning denna sida

Namn

Titel