**Avsändare Ange samtliga mottagare**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Patientidentitet** |

**Personnummer Namn Ärendenummer**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**För att patienten skall vara klar för hemgång ska följande vara uppfyllt**

**Den landstingsfinansierade slutenvården ansvarar för (markera med X)**

Patienten har fått uppgifter om fast vårdkontakt i öppenvården

Patienten har fått muntlig/skriftlig information inför utskrivning

Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst är tillgänglig för de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande

Slutanteckning är tillgänglig

Remiss där det fortsatta vårdbehovet framgår är tillgänglig

Läkemedelslista och läkemedelsberättelse är tillgänglig

Patientens behov av läkemedel, recept specifikt förbandsmaterial, nutritionsprodukter, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning är tillgängliga och säkrade vid utskrivning till öppenvård

**Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för (markera med X)**

Fast vårdkontakt utsedd

Samordningsansvaret övergått till den Fasta vårdkontakten Klicka för att ange datum

Insatser från Öppenvården tillgängliga och säkrade Ja Ej aktuellt

Insatser från Rehab tillgängliga och säkrade Ja Ej aktuellt

**Bekräfta att nödvändig information från slutenvården överförts så att den enskilde får en säker hemgång**

Öppenvården sjukhus Bekräftad Komplettering krävs Ej bedömt

Vårdcentral Bekräftad Komplettering krävs Ej bedömt

Rehab Bekräftad Komplettering krävs Ej bedömt

**Kommentar**

|  |
| --- |
|  |

**För att patienten skall vara klar för hemgång ska följande vara uppfyllt**

**Kommunen ansvarar för (markera med X)**

Insatser från kommunens hälso- och sjukvård tillgängliga och säkrade Ja Ej aktuellt

Insatser från kommunens socialtjänst tillgängliga och säkrade Ja Ej aktuellt

**Bekräfta att nödvändig information från slutenvården överförts så att den får en säker hemgång**

Socialtjänst Bekräftad Komplettering krävs Ej bedömt

Hemsjukvård Bekräftad komplettering krävs Ej bedömt

Rehab Bekräftad Komplettering krävs Ej bedömt

**Kommentar**

|  |
| --- |
|  |

**Hemgångsplanering**

Hemgångsdatum Klicka eller tryck här för att ange datum.

**Kommentar**

|  |
| --- |
|  |