**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**

|  |
| --- |
|  |