|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Meddelande om utskrivningsklar** |  |
|  | **Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande** |  |
|  | *Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta* |  |
|  | **Avsändare**      | **Ange samtliga mottagare**      |  |
|  | **\*Patientidentitet** |  |
|  | **Personnummer Namn Ärendenummer** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Utskrivningsklardatum (**åååå-mm-dd**) Klockslag** (tt:mm) |  |
|  |  |  |  |
|  | **Patienten är utskrivningsklar****Nödvändig information finns tillgänglig vid utskrivning** |  |
|  |  |  |