|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meddelande till vård och omsorg** | | | | | |
| **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** |
|  | | | | | |
| **Vårdsammanfattning\*** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **Anhörig och Närstående är informerad** (ja/nej) | | | | |
|  | | **Förtydligande**: Finns minderåriga barn i hemmet, tillräcklig tillsyn/orosanmälan gjord | | | |
|  | **Minderåriga barn** | |  | | |
|  |
| **Planerad uppföljning av vård- och omsorgsinsats** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bedömt behov av insatser** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Övriga upplysningar** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Läkemedelshantering** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Svar** | | | | | |
|  | | | | | |