(\*) = Måste fyllas i

|  |  |
| --- | --- |
| \* | **Personuppgifter** |
|  | Namn: |  |
|  | Person nr: |  |
|  | Adress: | Nacka seniorcenter  |
|  |  |  |
| \* | Id band finns på kunden: | Ja  | \* | Läkemedelslista skickas med  | Ja  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Tillstånd innan det akuta insjuknandet** |
|  | Kommunikation: |  |
|  | Cirkulation/Andning: |  |
|  | Hud: |  |
|  | Aktivitet |  |
|  | Elimination: |  |
| \* | Överkänslighet/Allergi: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \* | **Aktuellt tillstånd**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kontaktuppgifter Nacka seniorcenter**  |
|  | Ansvarig läkare: | Familjeläkarna |
|  | Ansvarig sjuksköterska:*Vardagar 07.15-16.00* | Tel.  |
| \* | Avdelning:*Dygnet runt* | Tel.  |
| \* | Joursjuksköterska:*Kvällar/Nätter 16.00-07.15 och Helger*  | Tel.  |
|  |  |
| \* | **Kontaktuppgifter till anhöriga** |
|  | Namn: | Tel. |
| \* | Anhörig är underrättad: | Ja |  | Nej |  |  |

**OBS! Aktuell läkemedelslista + ev Waranlista ska skickas med**