(\*) = 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**