(\*) = Måste fyllas i

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