|  |
| --- |
| **Inskrivning till dagverksamhet** |

**Inskrivning på Dagverksamhet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Namn: ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare (om annan än ovanstående) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtycke till delad journal Ja Nej

(får vi inhämta uppgifter från andra vårdgivare)

Får vi dela information till andra vårdgivare/läkare? Ja Nej

Om något händer under vistelsen på dagverksamheten,   
får upplysningar ges till relevanta kontakter? Ja Nej  
  
Vilken vårdcentral tillhör ni? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mediciner/medicinering:

Har ni något av följande?

Apodos? Ja Nej

Dosett? Ja Nej

Insulin? Ja Nej

Vem delar dina mediciner? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tar du medicinerna själv? Ja Nej

Behöver du hjälp att ta medicinerna under tiden på   
dagverksamheten? Ja Nej

Vem skall företräda dig eller kontaktas om det händer dig något?

Namn: Telefon:

Har du någon överkänslighet/allergi? Ja Nej

Om ja, mot?

Äter du specialkost? Ja Nej   
Vad

Kommunikation och hjälpmedel:

Hörsel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Syn

Använder du inkontinensskydd? Ja Nej

Använder du hjälpmedel? Ja Nej

Om ja, vilket? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du nyligen fallit? Ja Nej

Har du hemtjänst? Ja Nej

Om ja, vilken utförare?

Kontaktuppgifter till ev. hemtjänst:

Hur kan vi hjälpa dig under din vistelse här på dagvården?

Förväntningar på dina besök? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_