Övergång till hemsjukvård, remiss

Bilaga till: Samverkansrutin omsorgsplanering i öppenvård
Lifecare SP - driftstopp

Ifylld blankett är en journalhandling

Patientens namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Närståendes namn	Telefonnummer:

Aktuell information enligt **SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt – Rekommendation**	
☐ Patienten samtycker till kontakt mellan vårdcentral och hemsjukvård	
☐ Telefonkontakt önskas	☐ SIP (Samordnad individuell plan) önskas
Ansvarig kontaktperson/leg.personal:	Telefonnummer:
Ansvarig läkare:	Telefonnummer:
Vårdcentral:	Telefonnummer:
Kommun/enhet:	Telefonnummer:

Kvitteras av mottagare

Datum:	Underskrift:
Titel eller enhet:	Titel eller enhet:

Övergång till hemsjukvård, remiss

Bilaga till: Samverkansrutin omsorgsplanering i öppenvård
Lifecare SP - driftstopp

Ifylld blankett är en Journalhandling

Patientens namn:	Personnummer:	
Patientens upplevda behov:		
Patientens bedömda behov:		
Mål:		
Planerade insatser:		
Egenvård:		
Vårdplanen upprättad: (ååmmdd)	Vårdplanen börjar gälla: (ååmmdd)	
Datum:	Underskrift av legitimerad personal:	
Titel eller enhet:	Namnförtydligande	
☐ Kopia patient	☐ Kopia vårdcentral	☐ Kopia kommun

Avslutad som hemsjukvårdspatient

Datum:	Underskrift / Namnförtydligande:

Uppdaterat från föregående version
Ändrat från word till pdf
2026-04-24 Uppdaterat länkar