



Checklista

Checklista för rehabenhet inför kommunens övertagande av hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilt boende för äldre (SÄBO), dagverksamhet samt LSS-verksamheter (gruppboenden, serviceboenden och dagliga verksamheter).

Lämna checklista samt efterfrågad information till kommunens arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut.

Patientuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Postort
Telefon	Mobiltelefon	

Vårdnadshavare (för patient under 18 år)

För- och efternamn på vårdnadshavare 1		
Telefon	Mobiltelefon	E-post

Ansvarig arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut

Rehabenhetens namn		
Telefon	Fax	E-post

Samtycke

<input type="checkbox"/>	Samtycke från patienten/vårdnadshavare till överföring av information från patientjournaler, vårdplaner etc, är inhämtat och dokumenterat.
--------------------------	--

Vänd sida >>>

Epikris innehållande:

<input type="checkbox"/>	Diagnoser
<input type="checkbox"/>	Insatser idag (hjälpmedel, hur ofta besök, behandlingar)
<input type="checkbox"/>	Finns egenvårdsintyg, i så fall för vad?
<input type="checkbox"/>	Aktuella bedömningar (ex ADL, sensorik, risk)
<input type="checkbox"/>	Övriga kända vårdkontakter (specialister– rehab – habilitering)
<input type="checkbox"/>	Övriga väsentliga fakta inför övertagandet av Hälso- och sjukvårdsansvaret

Vårdplanering

<input type="checkbox"/>	Behov av Samordnad Individuell Planering (SIP) inför övergång till kommunen.
--------------------------	--

Nycklar

<input type="checkbox"/>	Finns nycklar till boendes lägenhet som ska överlämnas till kommunens rehabpersonal?
--------------------------	--