

**Information/instruktion från legitimerad personal, gällande hälso- och sjukvårdsåtgärder**

År: Namn: Personnummer:

**Informationsöverföring sker muntligt och skriftligt** (dokumentera att det är gjort)**.**

**Skriftliga ordinationer, vårdplaner och instruktioner sätts in i pärmen för kommunal hälso- och sjukvård.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum / klockslag  | Åtgärd och information från leg. personal (kan i undantagsfall fyllas i av omsorgspersonal)  | Sign  |
|   |   |   |
|   |  |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Dokumentet gäller för: ÄVO, FFS och SFSV  | Upprättad av: arbetsgrupp  |
| Dokumenttyp: Blankett  | Dokumentansvarig:  |
| Giltighetstid:  |   |
| Senast reviderad: 2025-05-15  |   |
|  |  |

1(1)