

**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)