UTSKRIVNINGS- och BEHANDLINGS-MEDDELANDE från läkare

Till stadsdelsförvaltning/kommun

Till vårdcentral (distriktssköterska/-läkare)

För patienten att läsa
Ni ombedes ta med detta behandlingsmeddelande och visa upp det vid återbesök och även vid besök hos annan läkare för samma eller andra besvär. Ta också med recept, kontaktkort, intyg och andra papper som kan behövas.

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Spec an[illegible]rkänslighet m m

Sammanfattning, preliminär epikris

Vad har patienten vårdats för? Ordinationer, rehabiliteringsbehov m m. Återbesök

Ordinationer, rehab m m

Återbesök

Utsatta läkemedel under vårdtiden

Rehabiliteringsplan upp[illegible]
☐ Ja ☐ [illegible] ☐ Ej akt[illegible]

Remiss skickad

Hjälp med läkemedel
☐ Ja ☐ Nej

Addoskort
☐ Ja ☐ Nej

[illegible] samtycker till att [illegible]ddelande skickas | **Sign**

Prö[illegible] jämlikt 7 [illegible] SekrL | **[illegible]tum** | **Sign**

[illegible]tuella läkemedel

[illegible]n	Läkemedlets na[illegible] styrka, beredningsform[illegible] administrationssätt	Läkemedl[illegible]rkan	Dose[illegible]lockslag				Behandlingstid, övriga anmärkningar	Sign läkare
								forts

Ort, datum

Läkare, namn (namnförtydligande)

Vårdinrättning

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)

Var god vänd!

409 735 (S-503) - © Copyright KOMMENTUSBLANKETTER 08-09

copy-right

Aktuella läkemedel

Personnr **Namn**

Insättn datum	Läkemedlets namn, styrka, beredningsform och administrationssätt	Läkemedlets verkan	Dosering och klockslag				Behandlingstid, övriga anmärkningar	Sign läkare

Ort, datum | **Läkare, namn** (namnförtydligande)

Vårdinrättning | **Telefon** (även riktnr) | **Telefax** (även riktnr)

copy-right