

Remiss till Närsjukvårdsteamet Alingsås lasarett

Remitterande enhet	Personnr
Avsändarenhet:	Namn
Namn:	Adress
Yrkeskategori	Telefon
Datum:	Patienten samtycker till att remissen sänds JA <input type="checkbox"/>
Remissen skickas/alternativt faxas till: Närsjukvårdsteamet Södra Ringgatan 30 441 83 Alingsås	Telefon nr: 0322 - 22 66 11 Fax nr: 0322 - 22 70 40
VC:	Närstående:
PAL:	Namn:
Telefon/Fax:	Telefon:
Patienten är inskriven i Hemsjukvården	<input type="checkbox"/>
Inskrivning i HSV planeras	<input type="checkbox"/>
65 år eller äldre	<input type="checkbox"/>
PAS:	
Telefon/Fax	
Diagnoser:	
Aktuellt hälsoproblem	
Kriterier <i>Minst två av nedanstående skall vara uppfyllda</i>	
<input type="checkbox"/> Tre eller flera kroniska diagnoser <input type="checkbox"/> Tre eller fler oplanerade vårdkontakter senaste 6 månaderna <input type="checkbox"/> Sex eller fler stående läkemedel <input type="checkbox"/> Omfattande vård- och omsorgsbehov	