

## BESTÄLLNING AV

# HEMBESÖK



Gällivare kommun

Gäller beställning av hembesök som utförs av kommunens hemsjukvård

- Beställt av:  1177  
 Hälsocentral Adviva  
 Hälsocentral Laponia  
 Slutenvård, AVD: \_\_\_\_\_  
 Akutmottagning  
 Annan, vem? \_\_\_\_\_

Namn på beställaren:

Datum:

Klockslag:

Finns godkännande för informationsöverföring Ja  Nej

Till vem skall återkoppling av utfört hembesök göras?

Namn på mottagare av beställning:

### Hembesöket gäller:

Namn:.....

Födelsenummer:.....

Adress: .....

Telefonnummer:.....

Anhörig/närstående:.....

Telefonnummer:.....

### Uppdrag:

**Medicinsk information:**( Varning, anamnes, specifik medicinsk information)

Medicinsk information har överlämnats  Skriftligt

Muntligt



**Gällivare kommun**

## **Återkoppling på utfört uppdrag**

**Bedömning:**

**Åtgärd:**

**Behov av fortsatta kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser:**

**Återkoppling utfört av:**

**Återkoppling mottaget av:**

**Datum:**