



## Ställningstagande inför utskrivning

### Slutenvård

#### **Avsändare**

Sjukhus: \_\_\_\_\_

Avdelning: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

#### **Mottagare**

Kommun: \_\_\_\_\_

Öppenvård: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Patientuppgifter**

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ansvarig läkare slutenvården: \_\_\_\_\_

#### **Patientens yttrande:**

#### **Planerade åtgärder/insatser efter utskrivning:**

#### **Diagnoser/insatser och kontaktuppgifter för specialistvården:**

#### **Vidtagna åtgärder:**

**Egenvård:** Ja  Nej

Om ja – beskrivning:

**Förbrukningsmaterial:** Ja  Nej

Om ja – ansvarsfördelning:

**Ställningstagande till SIP:**

SIP finns, behöver ej uppdateras

SIP finns, behöver uppdateras. Görs efter utskrivning

SIP finns, behöver uppdateras. Görs under slutenvårdstillfället

SIP finns ej, behöver skapas. Görs efter utskrivning

SIP finns ej, behöver skapas. Görs under slutenvårdstillfället

SIP behövs inte

**Om SIP ska göras efter utskrivning:**

**Rehabiliteringsbehov efter utskrivning:**

**Hjälpmedel efter utskrivning:**

**Restriktioner:**

**Omedelbara åtgärder/insatser enligt HSL/SOL efter utskrivning:**

---

## Öppenvård

Öppenvård: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ansvarig läkare öppenvård: \_\_\_\_\_

### Medicinsk ansvarsfördelning öppenvården:

Godkänner ställningstagande SIP efter samråd med kommun: Ja  Nej

Om nej – orsak:

---

## Kommun

Kommun: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ansvarig (namn/titel): \_\_\_\_\_

### Planerade åtgärder/insatser efter utskrivning:

### Kommentar:

## Justering

Slutenvård: \_\_\_\_\_  
(namn/titel)

Öppenvård: \_\_\_\_\_  
(namn/titel)

Kommun: \_\_\_\_\_  
(namn/titel)