



## Tid för utskrivning

### Avsändare

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

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

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

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

### Mottagare

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

Öppenvård: \_\_\_\_\_

### Patientuppgifter

Personnummer	
Namn	

### Nytt beräknat datum för utskrivning

#### Utskrivningsklar:

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

Behandlande läkare som fattat beslut om utskrivningsklar: \_\_\_\_\_

### Makulering

Orsak makulering av beräknat datum för utskrivning/Utskrivningsklar:

---

### Utskrivning

Datum för utskrivning/avslut: \_\_\_\_\_

### Utskrivning eller avslut i förtid:

Utskrivning

Avböjer insatser

Övrigt

Kommentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_