



## Inskrivningsinformation

### Avsändare

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

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

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

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

### Mottagare

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

Öppenvård: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Patientuppgifter

Personnummer	
Namn	
Folkbokföringsadress	
Vistelseadress	

Patienten samtycker till informationsutbyte mellan slutenvården, kommun och öppenvård:

Ja  Nej

Menprövning gjord av: \_\_\_\_\_  
(namn/yrkestitel)

### Inskrivning

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

Beräknad tid för utskrivning: \_\_\_\_\_

Intagningsorsak: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontakt önskas med: \_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_

---

### Kontaktuppgifter kommun:

Kontaktperson/enhet: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

---



**Kontaktuppgifter öppenvård**

Kallelseansvarig

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Andra ansvariga vårdkontakter

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ansvarsområde: \_\_\_\_\_