

# Uppföljning tilläggsuppdrag hjärtsviktsmottagning

Uppföljningen gäller år 2017.



Namn på vårdcentral

Startdatum för hjärtsviktsmottagning

Tillgång till specialist i kardiologi, namn, tjänstgöringsgrad, bifoga kompetensbevis.

Tillgång till sjuksköterska med fortbildning inom hjärtsvikt, namn, bifoga kompetensbevis.

Tillgång till specialist i allmänmedicin, namn.

Ange antal patienter per NYHA gruppering

|          |  |
|----------|--|
| NYHA I   |  |
| NYHA II  |  |
| NYHA III |  |
| NYHA IV  |  |

Antal UKG utförda på vårdcentralen

Antal UKG vidareremitterade till annan enhet

Verksamhetsberättelse – ange egna mål för er hjärtsviktsmottagning.

Vad är era mål för er hjärtsviktsmottagning kommande år?

Datum

---

Underskrift verksamhetschef

---

Datum

---

Underskrift specialist i kardiologi

---

Datum

---

Underskrift specialistsjuksköterska

---

Skickas till:

**Diariet**  
**Rådhus Skåne**  
**291 89 Kristianstad**

Märk kuvertet med **Vårdcentral**