

## Utskrivningsinformation

Personnummer:

Namn:

Vårdenhet:

VMI (Viktig medicinsk information):



RESERVROUTIN

### INFORMATION FRÅN DIN UTSKRIVANDE LÄKARE

Ort

Vårdtid

Om din sjukdom

Planering

Om du undrar över något ska du kontakta

Läkemedelsberättelse (förändringar av dina mediciner) **Läkemedelslista bifogas**

Signering

Ansvarig läkare

Utskrivande läkare

-----  
Namnförtydligande:

Utskrivande vårdenhet, adress, telefon: