

Överrapportering till distriktssköterska från korttids-/växelvård

Datum:

Namn:

Pers.nr:

Adress:

Telefonnummer:

Inhämtat samtycke för överrapportering

Nutritionsproblem/diagnos

Vikt:

Längd:

Viktförändring:

Vidtagna åtgärder

Datum för hemkomst:

Önskad åtgärd:

Nutritionsutredning utförd av (namn, titel, arbetsplats):

Telefon:

Fax :

.....
Återkoppling från distriktssköterska (faxas till ovan angivna
faxnummer)

Samtycke har inhämtats för denna överrapportering