Vårdsamverkan i Solna

Information om mediciner

Namn: Personnummer:

Hemtjänstföretag:

☐ Har Apo-dos

☐ Har en dosett som fylls på av distriktssköterska:

☐ Behöver hjälp lägga fram medicinen men tar den själv

☐ Behöver hjälp med medicinen och har signeringslista. Behöver hjälp med mediciner följande tider:

KL: KL: KL: KL:

KL: KL: KL: KL:

Övrigt:

Ansvarig sjuksköterka/distriktssköterska:

Vårdcentral: Tel.nr:

Fax.nr

FAXBEKRÄFTELSE

☐ Vi har mottagit informationen
☐ Vi har mottagit informationen och kommer hjälpa till med medicingivning
☐ Vi har mottagit informationen men kunden har ej hjälp av oss följande tider:

KL: KL: KL: KL: KL:

Ansvarig samordnare:

Tel.nr: Fax.nr: