|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnummer** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Utskrivningsdatum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Typ av vård** | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Öppenvård | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Slutenvård | | | | | | | | |  | | | | |
| **Enhet/avdelning** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Utskrivningsklar** | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Samma som utdatum | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Annat datum; vilket\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | | |
| **Utskriven till/boende** | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Eget boende utan personligt beroende | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Eget boende med personligt beroende | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Särskilt boende | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Annan rehabenhet | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Avbruten rehab, eget beslut | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Avbruten rehab, medicinska skäl | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Avliden | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Annat | | | | | | | |  | | | | |
| **Hushåll** | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Ensamstående utan hemmavarande barn | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Ensamstående med hemmavarande barn | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Gift/sambo utan hemmavarande barn | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Gift/sambo med hemmavarande barn | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Bor med förälder/föräldrar | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Bor med annan närstående | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Annat | | | | | | | |  | | | | |
| **Har personen försörjning:** | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Löntagare** | | | | **Egen företagare** | | | **Försäkringskassan, FK** | | | | | | |  | |
|  | | | Nej |  | Nej | |  | Ja, 25% |  | | Ja, 100% | | |  | |
|  | | | Ja |  | Ja | |  | Ja, 50% |  | | Nej | | |
|  | | | Vet ej |  | Vet ej | |  | Ja, 75% |  | | Vet ej | | |
| **Arbetslöshetskassa** | | | | **CSN, studiemedel** | | | **Ålderspensionär** | | | | |  | | | |
|  | | | Nej |  | Nej | |  | Nej | | | |  | | | |
|  | | | Ja |  | Ja | |  | Ja | | | |  | | | |
|  | | | Vet ej |  | Vet ej | |  | Vet ej | | | |  | | | |
| **Socialtjänst** | | | | **Föräldrapenning** | | | **Annat** | | | | |  | | | |
|  | | | Nej |  | Nej | |  | Nej | | | |  | | | |
|  | | | Ja |  | Ja | |  | Ja | | | |  | | | |
|  | | | Vet ej |  | Vet ej | |  | Vet ej | | | |  | | | |
| **Längd**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | Saknas | | **Vikt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | Saknas | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har några av nedanstående komplikationer/ diagnoser uppkommit under behandlingstillfället:** | | | | | | | | | |  | |
| **Covid-19 infektion** | | **DVT** | | **Lungemboli** | | **Heterotop bennybildning** | | | |  | |
|  | Ja, pågående |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Misstänkt pågående |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |
|  | Genomgången |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |
|  | Okänt |  |  |  |  | | |  |  | |  | |
| **Fall med fraktur** | | **Kontraktur** | | **Epilepsi/krampanfall** | | | **Hydrocefalus** | | |  | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |  | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |  | |
| **Trycksår** | | **Ulcus** | | **Meningit** | | | **Pneumoni** | | |  | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |  | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |  | |
| **Övre UVI** | | **Infektion med multiresistenta bakterier** | | **Annan infektion** | | | **Ny hjärnskada** | | |  | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |  | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |  | |
| **Avvikit från avdelningen** | | **Annan komplikation/sjukdom/skada** | |
|  | Nej |  | Nej |
|  | Ja |  | Ja |
|  | Vet ej |  | Vet ej |