



**Personuppgifter**

Namn	Personnummer
Postadress	Vistelsetid

**Namn på anhörig**

Namn	Telefon
Namn	Telefon
Namn	Telefon
Namn	Telefon

**Vårdcentral**

Namn distriktssköterska	Telefon
Namn ansvarig läkare	Telefon

Kopia önskas på medicinlista/läkemedelslista (om sådan finns)

**Hjälpbehov under vistelsen**

Brukaren kan själv tala om vad han/hon behöver hjälp med

Ev. allergier (kost)

Ev. hjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel

Övrigt