**Avsändare Ange samtliga mottagare**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Patientidentitet**

|  |
| --- |
|  |

**Personnummer Namn Ärendenummer**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Vårdsammanfattning**

|  |
| --- |
|  |

**Anhörig närstående informerad**

**Ja**  **Nej**

**Minderåriga barn**

**Ja**  **Nej**

**Förtydligande** (Finns minderåriga barn i hemmet, tillräcklig tillsyn/orosanmälan gjord)

|  |
| --- |
|  |

**Planerad uppföljning av vård- och omsorgsinsats**

|  |
| --- |
|  |

**Bedömt behov av insatser**

|  |
| --- |
| **Asd**  **D**  **Asd**  **Dds** |

**Övriga upplysningar**

|  |
| --- |
|  |

**Läkemedelshantering**

|  |
| --- |
|  |

**Svar**

|  |
| --- |
|  |