

**Falck**BLANKETT för bokning av
HEMBESÖK AV LÄKARE

0771 75 25 25

Telefonrådgivning - vardagar kl 17 – 08; helgdagar dygnet runt

Datum och tidpunkt för beställning

☐ hembesök☐ telefonrådgivning**Beställare**

Namn:

Befattning:

Kommun:

Återkoppling önskas till tel nr:

Återkoppling:

☐ har skett☐ har ej skett**Patient**

Namn:

Personnummer:

Dokund:

☐ Ja☐ Nej

Boendet namn:

Adress:

Ifylles av sjuksköterska i hemsjukvården före bokning/telefonrådgivning**Orsak till kontakt**

- ☐ andningsbesvär
- ☐ allmäntillstånd
- ☐ CNS (exkl psykiatri)
- ☐ dödsfall
- ☐ gyn/urinvägar
- ☐ hjärta-kärl
- ☐ hud
- ☐ infektion
- ☐ mage/tarm
- ☐ psykiatri
- ☐ smärta
- ☐ trauma
- ☐ ögon
- ☐ öron

Vitala parametrar

kl sign:

- ☐ blodtryck/.....
- ☐ puls
- ☐ andningsfrekvens
- ☐ temp
- ☐ medvetandegrad
 - ☐ alert och adekvat
 - ☐ ej orienterad till tid och rum
 - ☐ medvetandesänkt

Övriga värden

- ☐ saturation %
- ☐ teststicka
- ☐ annat

Kort anamnes r/t dagens problem**Ifylles av läkare vid hembesöket****Prover/undersökningar vid besöket****Närstående kontaktade**☐ Ja☐ Nej**Vitala parametrar**

kl sign:

- ☐ blodtryck /.....
- ☐ puls
- ☐ andningsfrekvens
- ☐ temp
- ☐ medvetandegrad
 - ☐ alert och adekvat
 - ☐ ej orienterad till tid och rum
 - ☐ medvetandesänkt
- ☐ saturation %
- ☐ CRP ☐ HB ☐ P-glukos ...

Bedömning/råd**Läkemedel (OBS! ska införas på patientens ordinationshandling)**

Läkemedlets namn

form

styrka

dosering

adm. sätt

tidpunkt för adm.

Datum

underskrift läkare

Tidpunkt

namnförtydligande