

Från Enhet, namn, yrkeskategori och telefonnummer	Personnummer
	Namn
	Adress, postnummer och ort
	Telefonnummer/mobilnummer
	Språk och eventuellt behov av tolk
	Anhörigkontakt (Namn och telefonnummer)
Uppllysning får lämnas:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Patienten samtycker till informationsöverföring av journaluppgifter till fysisk vårdgivare/vårdenhet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Remissdatum/tid: Ankomstdatum/tid:	
Kontakt hemsjukvård:	
Primärvård/PAL:	
Sjukhusvård/inblandade enheter:	
Kriterier: (minst 4 av kriterierna måste vara uppfyllda för att patienten ska bli inskriven i teamet)	
<input type="checkbox"/> Tre eller flera diagnoser	
<input type="checkbox"/> Inlagd på sjukhus > 3 ggr senaste 12 månaderna	
<input type="checkbox"/> Sex eller flera stående mediciner	
<input type="checkbox"/> ADL-beroende	
<input type="checkbox"/> 75 år eller äldre	
<input type="checkbox"/> Har hemsjukvård	
Var befinner sig patienten nu?	
Aktuell situation:	
Svar:	