

## Checklista 2 Ankomstsamtal vid inflyttning på korttidsboende (3 sidor)

*Ringa in det alternativ som gäller*

**Flyttade in datum** \_\_\_\_\_

**Namn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Närmast anhörig:** \_\_\_\_\_

**Kontakt nattetid:**    ja    nej

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Gäller någon särskild sekretess:**    ja    nej,  
om ja mot vem \_\_\_\_\_

**Överkänslighet/allergi:**    ja    nej,  
om ja mot vad \_\_\_\_\_

**Läkemedel:** hur, vem hämtar dina  
läkemedel \_\_\_\_\_

**Färdtjänst:**    ja    nej  
Om ja, finns beviljad ledsagare    ja

**Hemförhållanden:** sammanboende med maka/make/partner    ja    nej

**God man/förvaltare:**    ja    nej  
om ja namn \_\_\_\_\_

**Har hemtjänst:**    ja    nej  
Namn på hemtjänstutförare: \_\_\_\_\_

**Telefon till hemtjänsten:** \_\_\_\_\_

**Vårdcentral:** \_\_\_\_\_

**Tidigare kontakt med hemsjukvård:** ja                      nej  
om ja vilken hjälp \_\_\_\_\_

**Målsättning med korttidsvistelsen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Förflyttning/ hjälpmedel:** \_\_\_\_\_

---

---

**Övriga uppgifter av vikt för patientsäkerheten:** ex nedsatt sväljförmåga, extra tillsyn, avvikelserisk, fallrisk, övrigt behov av hjälp som är viktigt att veta, natt tillsyn, måltidsönskemål, särskild kost?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tandprotes:** ja    nej  
**Hörapparat** vänster/höger \_\_\_\_\_  
**Inkontinensskydd**, vilken sort \_\_\_\_\_

<b>KAD</b>	ja	nej
<b>Glasögon</b>	ja	nej

**Övrigt som kan vara bra att veta:**

---

---

---

---

Se till att följande dokument finns utskrivna och signerade:

Fullmakt för apoteksärenden - För vård och omsorg

länk

<https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/fullmakter/blanketter-25-maj-2021/fullmakt-apoteksarenden-var-d-och-omsorg.pdf>