

# ÄRENDEANMÄLAN till Kommunrehab

Datum ..... mottaget av ..... Löpnr .....

<b>Till:</b> AT	FT/SG
<b>Team:</b> Nordvästra	Sydöstra SÄBO Vardagsrehab Hab Hemrehab

**I** **Vem kontaktar?** *själv / närstående / personal* Namn .....

**Vem gäller ärendet?** Telenr .....

Namn .....

Personnr ..... 2. Ord boende utan daglig hjälp

Adress ..... 3. Ord boende med daglig hjälp

Postnr ..... Ort ..... 4. Särskilt boende

Telenr ..... Hemvårdsområde: .....

**S** **Kontaktorsak** .....

**B** **Kort hälsohistoria** .....

**A** **Analys av problemet** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Fråga om:</b>	<b>Informera om :</b>
Är du rädd att falla? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kontakt idag och åtgärd efter prio <input type="checkbox"/>
Fallit någon gång senaste månaden? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kontakt inom 3 dgr och åtgärd efter prio <input type="checkbox"/>
	Hälsa o sjukvårdsavgift <input type="checkbox"/>

**R** **Fylls i av ansvarig AT/FT/SG** Prioritering:

Patient kontaktad (*datum*): .....

Bedömning/ åtgärd: .....

.....

.....

.....