

**Behandlingsmeddelande/utvärdering från
kommun/vårdcentral**

Namn
Födelsedata

- Behandlingsförslag/ordination har fungerat bra
- Problem:

Har efter kontakt med ansvarig för behandlingsförslag/ordination
CLV/LL namn:
Ändrat omläggning till:

mott.

From:

Omläggningsfrekvens:
Resultat med nya oml:

Smärta

Har patienten smärta som kan relateras till såret:

- Nej
- Ja VAS före oml:
VAS under oml:
VAS efter oml:

Nutrition

- Fungerar bra
- Fungerar inte tillfredställande

Kommentar:

Bifogas (och önskas tillbaka)

- Foton
- Journalkopia
- Sårjournal

Ansvarig för bedömning och utvärdering enligt ovan.

Datum:

Namn:

Befattning

Arbetsplats:

Telefon: