

Målgrupp	Patienter som vid inskrivning i slutna vård har eller vid utskrivning bedöms ha behov av medicinska och sociala insatser från primärvård/öppenvård och eller kommunen.
Fax 1	<p>Inskrivningsmeddelande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Till Fast Vårdkontakt på Hälsocentralen/Vårdcentralen på inskrivningsdagen - Till Fast Vårdkontakt på Psykiatrisk öppenvården på inskrivningsdagen - Till kommunens BHL på inskrivningsdagen - Till Kommunens sjuksköterska hemsjukvården eller SÄBO på inskrivningsdagen <p>Detta Fax skickas för att kommunen och primärvården/öppenvården ska få vetskap om att patienten är inlagd på sjukhuset.</p>
Fax 2	<p>Utskrivningsklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Till Fast Vårdkontakt på Hälsocentralen/Vårdcentralen före kl. 12.00 - Till Fast Vårdkontakt på Psykiatrisk öppenvården före kl. 12.00 - Till kommunens BHL före kl. 12.00 - Till Kommunens sjuksköterska hemsjukvården eller SÄBO före kl. 12.00 <p>Detta fax sänds när behandlande läkare tagit beslut om att patient är utskrivningsklar.</p>
Vid Överflyttning	Vid alla byten av avdelning/klinik sänds ett fax från utskrivande avdelning till samtliga berörda om att patienten bytt avdelning.
Vid makulering	Både när "utskrivningsklar" makuleras och när patienten åter är "utskrivningsklar" sänds fax 2 till alla ovanstående.
Fax 3	<p>Meddelande om utskrivning</p> <p>Datum som anges avser planerad utskrivningsdag.</p> <p>Utskrivningsmeddelande sänds senast samma dag som utskrivning.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Till Fast Vårdkontakt på Hälsocentralen/Vårdcentralen - Till Fast Vårdkontakt på Psykiatrisk öppenvården - Till kommunens BHL - Till Kommunens sjuksköterska hemsjukvården eller SÄBO

Faxmeddelande

2018-01-01

Klinik / avdelning: _____ Sjukhus: _____	Pat. pers.nr. (10 siffror) _____ Namn: _____ Adress: _____ _____ Telefon: _____
---	---

Fax 1 Inskrivningsmeddelande. År/mån/dag:

Preliminärt Utskrivningsdatum År/mån/dag:

Ändrat preliminärt utskrivningsdatum År/mån/dag:

Samtycke inhämtat av: Namn: _____ **Titel:** _____

Datum: _____

	År	Månad	Dag		
Inskrivningsmeddelande sänt till HC/VC				Sundsvall <input type="checkbox"/>	Kramfors <input type="checkbox"/>
Inskrivningsmeddelande sänt psykiatrisk öppenvård				Timrå <input type="checkbox"/>	Sollefteå <input type="checkbox"/>
Inskrivningsmeddelande sänt till kommunens SSK				Ånge <input type="checkbox"/>	Örnsköldsvik <input type="checkbox"/>
Inskrivningsmeddelande sänt till kommunens Biståndshandläggare				Härnösand <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Överflyttningsmeddelande Patient överflyttad till _____ den

_____/_____

Fax 2 Utskrivningsklar

	År	Månad	Dag	PAL Namn.
Pat. Utskrivningsklar f.o.m.				
Utskrivningsklar makuleras f.o.m.				
Pat. åter utskrivningsklar f.o.m.				

Fax 3 Meddelande om utskrivning den: _____ Avliden den
