Region Uppsala **Avbrottsjournal vårddokumentation slutenvård Anamnes & Status**

Uppmärksamhetsinformation

Överkänslighet:_____

_____

Behandling/tillstånd:_____

_____

_____

Smitta:_____

_____

Vårdrutinavvikelse:_____

_____

_____

Namn, Personnummer

_____

_____

Samtycke till annan vårdgivares journal

JA ☐ NEJ ☐

Samtycker till informationsutbyte

JA ☐ NEJ ☐

Inskrivningsdatum:_____-____-____ (år-mån-dag) **Klockan:**____:____

Medicinskt ansvarig enhet:_____

Vårdande enhet:_____

Anamnes

Sökord		Yrkes-kategori	Datum/tid	Anv.namn /Sign

Avbrottsjournal vårddokumentation slutenvård Anamnes & Status

Namn____ **Personnummer** ____________________________________

Status

Sökord		Yrkes-kategori	Datum/tid	Anv.namn /Sign