Region Uppsala

Avbrottsjournal vårddokumentation slutenvård Epikris

Uppmärksamhetsinformation

Överkänslighet:____
____

Behandling/tillstånd:____
____
____

Smitta:____
____

Vårdrutinavvikelse:____
____
____

Namn, Personnummer

____

____

Samtycke till annan vårdgivares journal

☐ JA ☐ NEJ

Samtycker till informationsutbyte

☐ JA ☐ NEJ

Vårdtid: ____

Epikris

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

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

Utskrivningsdatum:_____-____-____ (år-mån-dag)

Utskrivande läkare: **Medicinskt ansvarig enhet:**

Ansvarig sjuksköterska: **Vårdande enhet:**