

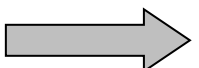


# Overleveringsrapport fra kommunen

Navn: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Indlæggelse årsag:		
<b>Værdier:</b>	<b>MÅLT KL:</b>	
RF:	Kendt CAVE:	
Sat:		
Respiration:	Medicinskema medsendt: Ja ___ Nej ___	
Hudfarve:		
BT:	Medicinbemærkninger:	
Puls:		
<i>Rytme:</i>		
Pupiller:		
BS:		
Smerter:		
Bevidsthedsniveau:		
Temperatur:		
Urin:		
Afføring:		
CRP:		Hgb:

Bemærkninger:
Evt. bemærkninger:
Får hjælp til:





## Overleveringsrapport fra kommunen

<b>Pårørende:</b>		
Er pårørende kontaktet: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Navn:	Relation:	Tlf. nr.:
Navn:	Relation:	Tlf. nr.:

<b>Kontaktinfo. til kommunen:</b>	
Indlæggende sygepl./SSA:	
Telefon nr.:	Plejens Administration: 72 10 73 73