

Information om mediciner

Namn: Personnummer:

Hemtjänstföretag:

Har Apo-dos

Har en dosett som fylls på av ASIH

Behöver hjälp lägga fram medicinen men tar den själv

Behöver hjälp med medicinen och har signeringslista. Behöver hjälp med mediciner följande tider:

KL: KL: KL: KL:

KL: KL: KL: KL:

Övrigt:

Ansvarig sjuksköterska:

ASIH: Tel.nr:

Fax.nr

FAXBEKRÄFTELSE

Vi har mottagit informationen

Vi har mottagit informationen och kommer hjälpa till med medicingivning

Vi har mottagit informationen men kunden har ej hjälp av oss följande tider:

KL: KL: KL: KL: KL:

Ansvarig samordnare:

Tel.nr:

Fax.nr: