

Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun) Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Gäller inskrivning HSV ☐ Ja ☐ Nej		Gäller utskrivning HSV ☐ Ja ☐ Nej	
Patienten har lämnat samtycke till informationsutbyte ☐ Ja ☐ Nej			
Patientidentitet Personnummer: Namn: Adress: Postnr/ort: Portkod: Tfn: Närstående: Tfn:		Ansvarig HC: Behandlande läkare: Utsedd fast vårdkontakt ☐ Ja ☐ Nej Namn: Befattning: Tfn: Omvårdnadsansvarig SSK/AT/SG i hemsjukvård:	
Deltagare vid vårdplaneringen			
Patient ☐ Ja ☐ Nej Om nej, ange orsak:	Närstående ☐ Ja ☐ Nej Namn:	Legal företrädare ☐ Ja ☐ Nej Namn	
PV/HSV samt yrkesroll			
Namn: Namn: Namn: Namn:			

Formulär

Dokumentnamn: Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun)
Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

2(3)

Dokument ID: 09-195232

Giltigt t.o.m.: 2026-05-272-03-15

Revisionsnr: 7

Situation: *Patientens förväntningar och upplevda behov av vård, omsorg och rehabilitering/habilitering. Kontaktorsak.*

Bakgrund: *Hälso- och sjukdomshistoria, gjorda utredningar, erhållen behandling, pågående behandling (tidigare aktivitet och delaktighet, P-adl, personligt stöd och relationer, hemtj/LSS, bostad, hjälpmedel*

Aktuellt tillstånd: *Bedömning av aktuellt medicinskt tillstånd, funktionsnivå, aktuell aktivitetsförmåga och delaktighet.*

Rekommendation: *Fortsatt vård/behov av rehabilitering.*

Mål: *Gemensamt uppsatta mål*

Formulär

Dokumentnamn: Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun)
Hälsö- och sjukvård Region Gävleborg

3(3)

Dokument ID: 09-195232

Giltigt t.o.m.: 2026-05-272-03-15

Revisionsnr: 7

Överlämning av aktuella underlag

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| Medicinsk sammanfattning av läkare | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Enl. överenskommelse |
| Fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Planerad |
| Aktuell läkemedelslista? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Planerad |
| Kan patienten självständigt ansvara för läkemedel? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Närstående sköter |
| Om nej, finns låsbart skåp? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Vid Apodos, finns behov av ändrad kontaktperson och/eller leveransadress? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Omvårdnadsepikris/ sammanfattning? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Senior Alert profil? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Aktuella förskrivna inkontinensmaterial/ stomihjälpmiddel? | ☐ Ja | ☐ Nej | |

Om ja:

Övrigt:

- | | Arbetsterapeut: | | | Fysioterapeut/SG | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sammanfattning av insatser | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| Genomgången
hjälpmedelsförteckning | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| BMB av hjälpmedel | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| Träningsprogram/instruktion | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ | ☐ Nej | ☐ |
| | bifogas | | Ej aktuellt | Ja, bifogas | | Ej aktuellt |
| Egenvård: hälso-och sjukvård som en patient utför själv, eller med hjälp av någon annan, efter bedömning av legitimerad hälso- och sjukvård | | | | ☐ Ja | ☐ Nej | |

- om ja, Planering: