

Avvikelseberättelse

Datum av händelse: _____

Klockslag: _____

Sjukhus/Avdelning: _____

Berörd kommun: _____

Patientens personnr: _____

Kvinna

Man

Annan

Ärendenummer i SAMSA: _____

Svar på frågor

Kommunikation kring hemgång

Bokning av avstämningsmöte

Beskrivning av behov

Utskrivningsdatum

Beskrivning hälsotillstånd

Medicinsk historik

Saknas förbrukningsmaterial

Övrigt

Förtydligande: _____

Övrig påverkan: _____

Underskrift: _____

Namn

Befattning

Arbetsplats

Datum

