

## Remiss för kommunal Hälso- och sjukvård, ordinärt boende

(för mer information till exempel angående ansvarsfördelning och tröskelprincipen -> se dokument "Remiss för kommunal hälso- och sjukvård vid remittering från Region Skåne")

Patientens namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Närståendes namn och telefon (om närstående ska kontaktas i stället för patient)	

Ansvarig vårdcentral	Telefonnummer vid frågor
Ansvarig utfärdare av remiss	Profession

Patienten är informerad och samtycker till att remiss skickas

Ja

☐

Är patienten informerad om att:

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kontakta patienten för en bedömning

Ja

☐

Nej

☐

Kommunal hälso- och sjukvård kan upphöra om kriterier för tröskelprincipen inte längre uppfylls?

Ja

☐

Nej

☐

**Aktuell information enligt SBAR**, S: Situation, B: Bakgrund, A: Aktuellt, R: Rekommendation

<b>S:</b> Anledning till remiss, utifrån tröskelprincipen	
<b>B:</b> Bakgrund/diagnoser, epikris bifogas	Ja <input type="checkbox"/> Epikris bifogas Nej <input type="checkbox"/> om nej, skriv eller bifoga en sammanfattning
<b>A:</b> Aktuellt hälsotillstånd som är av betydelse för åtgärd	

**R:** Rekommendation, åtgärd

Åtgärden kommer vara:

Tills vidare

Ja ☐ Nej ☐

Tidsbegränsad, ange period

.....

Bifogad information (till exempel ordination eller läkemedelslista)

Ja ☐ Nej ☐

Övrigt att notera (exempelvis smitta, restriktioner, är patienten upplagd i Pascal).

**Remissvar** (inom fem vardagar)

Remissen är ofullständigt ifylld och kan inte hanteras

Ja ☐

Vad är det som saknas i remissen .....

Ja ☐ Patienten bedöms vara i behov av kommunal hälso- och sjukvård och erbjuds ovan beskrivna åtgärd

Behövs kompletterande dokument exempelvis  
läkemedelslista, instruktioner?

Insatsen startar från och med datum

Nej ☐ Patienten bedöms inte vara i behov av kommunal hälso- och sjukvård och erbjuds inte ovan beskrivna åtgärd, ange orsak.

Patienten är informerad om beslutet: Ja ☐

Datum

Ansvarig enhet/område i kommunen

Namn

Profession