

---

**MEDICINSK VÅRDPLANERING**

Patient:

Personnummer:

Datum:

Närstående:

Närvarande vid medicinsk vårdplanering:

Ansvarig läkare/sjuksköterska:

Social bakgrund och familj:

Kort sammanfattning av tidigare sjukdomar

---

**Åtgärder vid försämring**Önskar vård i hemmet Önskar vård på sjukhus om 

Vid försämring kontakta: \_\_\_\_\_

Egna önskemål:

Läkemedelsgenomgång datum:

\_\_\_\_\_  
Ort\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Läkare\_\_\_\_\_  
Patient/Närstående