

Oplysninger vedrørende sygepleje til feriegæster i Gribskov Kommune

Bestiller:			
Dato:	Henvendelse fra: (xx Kommune)		
Personales navn:			Stilling
Tlf. nr:	E-mail :		
Borger:			
Borgerens navn:			Cpr. nr
Hjemadresse:			Tlf.:
Ferieadresse (husk postnr):			Tlf.:
Andre på ferieadressen?:			Tlf.:
Pårørende:			Tlf.:
Egen læge	Navn:	Tlf.:	
1. besøg dato: (<i>angiv ønsket tidspunkt</i>)	DV	AV	NV
Sidste besøg dato:	DV	AV	NV
Ønsket sygepleje (sæt kryds):			
Sårpleje	Tidsforbrug pr. gang: <i>Der medsendes opdateret sårplejeplan og remedier til hele opholdet.</i>	Frekvens:	
Medicinadministration	<i>Der medsendes opdateret medicinliste, medicin til 4 uger og evt. injektionsskema</i>	Frekvens:	
Medcindispensering <i>Kun ved ophold over 4 uger</i>	<i>Der medsendes medicin til hele opholdet. Kontaktoplysninger på egen læge skal opgives.</i>	Frekvens:	
Stomipleje	<i>Der medsendes opdateret handleplan og remedier til hele opholdet.</i>	Frekvens:	
KAD-pleje	<i>Der medsendes opdateret handleplan og remedier til hele opholdet.</i>	Frekvens:	
Andet	<i>Der medsendes opdateret handleplan og remedier til hele opholdet.</i>	Frekvens:	
Oplysninger om borger:			
Kommunikerer borgeren relevant ?			
Skal borgeren udelukkende vejledes for at udføre handlingerne ?			
Sendes som sikker mail til socialogsundhed@gribskov.dk			