

KUNDENS UPPGIFTER

- Kundens namn: _____
 - Soc.signum: _____
 - Hemadress: _____
 - Telefon: _____

- Närmaste anhörig: _____
 - Telefon: _____
 - Bostadsort: _____

- Diagnoser: _____

- Andra viktiga saker / allergier: _____

- Rörelseförmåga/hjälpmedel/blöjor: _____

- Hemtjänst besöker: ___ggr/vecka; ___ggr/dag; nattpatrull___ (nattpatrullens annullering: 69-8512)

- Ledare för hemservice: _____

- Servicerådgivare: _____

- Hemsjukvård: _____

- Stödtjänster:
 - säkerhetstelefon: _____
 - matservice: _____/vecka; veckodagar: _____ (matservice annullering: 325 2215)
 - bastutjänst: _____
 - annat: _____

- Uppdaterad: _____