

Omvårdnadsanamnes/status		Kommunikation:	
Sekreteress Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Mobiltelefonförbud inne på salen: info given <input type="checkbox"/> sign:	
Id-kontroll Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Intagn.datum:	Ankomsttid:		
Ankomstansvarig ssk:	Swedeheart: Påbörjad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Andning/Cirkulation:	
PasIva Info given <input type="checkbox"/> Sign:	Inför överflyttning. Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Info given (papper) <input type="checkbox"/> Sign:		
Kontaktorsak:		Upplysning om patientens tillstånd kan lämnas till:	
		Närstående 1:a hand	Ringa natt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hälsohistoria/vårderfarenhet:	Nutrition:	Namn:	Relation:
		Tel bostad:	Mobiltel:
		Närstående 2:a hand	Ringa natt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Namn:	Relation:
	Elimination:	Tel bostad:	Mobiltel:
		Distr-sköt:	Tel:
Längd:	Vikt:	H-ass:	Tel:
Tobak: Rökare <input type="checkbox"/> Antal cigaretter/dag:		Sömn:	
Aldrig rökt <input type="checkbox"/> Tidigare rökare >1 månad <input type="checkbox"/>	Hud:		
Snusare <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>			
		Smärta/sinnesintryck:	
Yrke: <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Sjukskriven			
<input type="checkbox"/> Förvärvsarbetare <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Okänt			
Social bakgrund:	Aktivitet:		
		Psykosocialt/Välbefinnande:	
Överkänslighet:			