Avd:_____

Sal: Säng	Team	Sekretess	Personnummer	Namn	Indatum	Klinik	Perm	Beräknat utskrivning	Utklar Lifecare	Anmärkning/övrigt
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	
									☐	