


PATIENTLABEL:		Ortopædkirurgisk afdeling M Udskrivelse / overflytning		 Side 6a
		År	Nummer	
Udskrivelse / overflytning				Dato/Kl/Sign
Udskrivelse planlagt til d.:		kl.:	Udskrives til:	
Udskrivningssamtale planlagt til d.:		Afholdes af:		
Når samtalen er afholdt dokumenteres dette på vejledningsarkets bagside				
Indstillinger				
<input type="checkbox"/>	Indstillet til klinik H	<input type="checkbox"/>	via oversygepl.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indstillet til geriatrik (BBH eller FH) via GS til afdeling G d.:	<input type="checkbox"/>	accepteret d.:	
<input type="checkbox"/>	Indstillet til rehabilitering d.:	<input type="checkbox"/>	accepteret d.:	
<input type="checkbox"/>	Indstillet til plejehjem d.:	<input type="checkbox"/>	accepteret d.:	
<input type="checkbox"/>	Pt. er færdigbehandlet og dette er registreret i GS			
Følgende skal overvejes ved alle udskrivelser				
/ = aktuelt, X = udført		Dato/Kl/Sign	<input type="checkbox"/> Medicinvejledning ved nyordineret medicin (anføres på "Vejledning/Information" punkt 8)	
<input type="checkbox"/>	Underrette pårørende / <input type="checkbox"/> Pt. underretter selv		<input type="checkbox"/> Oversigt over udtrapning af medicin	
Ambulant tid <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			<input type="checkbox"/> Oversigt i flg. spec. beh. (DM, AK, metadon osv.)	
Røntgen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> Bestilt	<input type="checkbox"/> Kontakt center ang. udlevering af metadon, antabus – ved behandling med dette	
Kørsel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej – type:	<input type="checkbox"/> Bestilt	<input type="checkbox"/> Ejendele (tøj/værdisager) udleveret	
<input type="checkbox"/>	HUSK Underskrevet samtykkeerklæring		<input type="checkbox"/> Egen medicin udleveret	
<input type="checkbox"/>	Epikrise medgivet		<input type="checkbox"/> Evt. hjælpemidler:	
<input type="checkbox"/>	Kopi af journal		<input type="checkbox"/> Plaster og / eller andet forbindingsmateriale	
<input type="checkbox"/>	Udskrivningsrapport <input type="checkbox"/> Kopi til afdeling:			
<input type="checkbox"/>	Medicinoversigt med læge sign.			
Specielt for udskrivelse til eget hjem				
Udskrivelsesrapport:			<input type="checkbox"/> Medicin udleveret til: ____ døgn	
<input type="checkbox"/>	Faxet (Udskrivelsesrapport gemmes)		Recepter <input type="checkbox"/> medgivet <input type="checkbox"/> faxet	
<input type="checkbox"/>	Modtaget accept (accept gemmes)		<input type="checkbox"/> Madpakke	
<input type="checkbox"/>	Sundhedsjournal udleveret ved udskr.		<input type="checkbox"/> Nøgler til bolig udleveret	
			<input type="checkbox"/> Privat tøj til hjemtransport	
Specielt for overflytning til genoptræning/geriatrik afdeling				
<input type="checkbox"/>	Ajourfør statusark			
Specielt for udskrivelse til rehabiliteringsplads				
Adresse, inkl. afd., tlf.nr. (skal anføres):			<input type="checkbox"/> Pårørende inf. om at medtage privat tøj til opholdet	
			<input type="checkbox"/> Recepter indtelefoneret til:	
			Udleveret til min. 2 døgn:	
			<input type="checkbox"/> Medicin til: ____ døgn	
Overflytning aftalt med: (navn på pers. i rehab.)			<input type="checkbox"/> Toiletsager, evt. bleer o.lign. til opholdet	
			<input type="checkbox"/> Privat tøj	
<input type="checkbox"/>	Ved bestilling af kørsel til amb.besøg angives den adresse pt. skal hentes på (under kørsels bemærkning)		<input type="checkbox"/> Hjælpemidler medgivet efter aftale	
Specielt for udskrivelse til plejehjem				
Evt. ny adresse, inkl. afd., tlf.nr. (skal anføres):			Obs. plejehjemsstatus hvad angår hjælpemidler	
			<input type="checkbox"/> Nyordineret medicin til: ____ døgn	
			<input type="checkbox"/> Recepter indtelefoneret til:	
Overflytning aftalt med: (navn på pers.på plejehjem.)				
<input type="checkbox"/> Specielle forhold vedrørende udskrivning – se Sygeplejestatus				

