

**VARSEL OM INNLAGT PASIENT – 24 TIMERS VARSEL**24 timers varsel endringsvarsel

Unntatt offentlighet

Offentlighetsloven §13 første ledd og Forvaltningslovens § 13

Ref.nr. [NPR NUMMER]

[STED] den [DATO]

Melding til omsorgstjenesten i _____ kommune

Pasienten ble innlagt ved Helgelandssykehuset [STED] den [INNLEGGELSESDATO] ved [AVDELING]. Etter vår vurdering pr. dato vil pasienten ha behov for videre kommunale tiltak ved utskrivelse fra sykehuset.

PERSONALIA

Fødsels- og personnummer: [PERSONNUMMER]
Navn: [FORNAVN] [ETTERNAVN]
Adresse: [ADRESSE]
Postnummer/poststed: [POSTNUMMER] [POSTSTED]
Telefon: [TELEFONNR]

HOVEDPÅRØRENDE

Slektskap [SLEKTSKAP]
Navn: [FORNAVN] [ETTERNAVN]
Adresse: [ADRESSE]
Postnummer/poststed: [POSTNUMMER] [POSTSTED]
Telefon: [TELEFONNR]

Pasienten er innlagt fra (sted): _____, dato: _____, klokkeslett: _____

INNLEGGELSEÅRSÅK:**PASIENTENS STATUS:****ANTATT FORLØP:****FORVENTET UTSKRIVNINGSTIDSPUNKT:**

Pasient og/eller pårørende er informert: _____ (Ja/Nei)

Signatur: _____ Dato: _____