



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

ÚTSKRIFTARÁÆTLUN

Persónuatriði sjúklings:

Áætlaður útskriftardagur	1) Skrá á bakhlið hvaða þjónusta sjúklingur var með við komu. Einnig helstu tengiliði ef þarf.
Kl.	2) Merkið við atriði sem ganga á frá fyrir útskrift sjúklings. Frekari upplýsingar má skrá á bakhlið.
(nafn/dags.)	3) Sjúkrahústengd heimaþjónusta, heimahlygning, vettvangsteymi ofl. 4) Heimilisaðstoð, liðveisla ofl.

ÁÆTLUÐ ÚTSKRIFT TIL

Staðfest við hvern? (nafn/dags.)

Kvittu/dags.

Heimilis		
Annað		

ÚTSKRIFTARLYF, LÆKNABRÉF O.FL.

Upplýsingar um áætlaðan útskriftartíma afhentar sjúklingi/aðstandendum

Frágengið/kvittu/dags.

Þjónusta fyrir innlögn 1)	<input type="checkbox"/>	Útskriftarnóta send heimilislækni/stofnun	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Lyfseðill/lyfjakort	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Lyfjatiltekt (hvar?)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Lyfjaumsjón (hver?)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Vottorð	<input type="checkbox"/>

ENDURKOMA TIL

Kvittu/dags.

RANNSÓKN EFTIR ÚTSKRIFT

Kvittu/dags.

1)		1)	
2)		2)	

ÚTSKRIFTARÚRRÆÐI

Frágengið/kvittu/dags.

Þjónusta fyrir innlögn 1)	<input type="checkbox"/>	Skriflegar leiðbeiningar fyrir sjúkling vegna:	Beiðni farin	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Fatnaður fyrir útskrift		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hjúkrunarbréf		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Heimahjúkrun		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sjúkrahústengdar vitjanir 3)		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hjálpartæki s.s. umbúðir o.fl.		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Heimaþjónusta 4)		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Heimilisathugun		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Heimsendur matur		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Dægradvöl/dagvistun		<input type="checkbox"/>
Þjónusta fyrir innlögn 2)	<input type="checkbox"/>	Hvíldarinnlögn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Umsókn um vistunarmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÞJÁLFUN/ENDURHÆFING

Frágengið/kvittu/dags.

HEIMFERÐ

Þjónusta fyrir innlögn 1)	<input type="checkbox"/>	Sjúkraþjálfun	<input type="checkbox"/>	Brottför (dags./kl.) _____
	<input type="checkbox"/>	Iðjuþjálfun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sjúkrabíll (hvert?) _____
	<input type="checkbox"/>	Hjálpartæki	<input type="checkbox"/>	Verður fylgt af _____
	<input type="checkbox"/>	Öryggishnappur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flug (hvert?) _____ Bókunarnr. _____

Annað _____ Verður sótt/ur af _____

Fulltrúi útskriftarteymis _____ Fór (hvert?) _____ Kl. _____

