



VARBERGS
KOMMUN

Signeringslista

År: _____ Månad: _____

Personnummer _____

Namn _____

VAD: _____

Fr.o.m: _____

NÄR: _____

Ansvarig: _____

HUR: _____

AT SG/FT SSK

VEM: _____

VARFÖR: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Om insatsen ej utförts ska du skriva din signatur och ange en orsakskod enligt nedan.

- | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|---|
| 1. Patienten avböjt | 3. Material tillfälligt slut | 5. Närstående utfört insatsen | 7. Patienten sover | 9. Annan orsak, ange vad |
| 2. Patienten utfört själv | 4. Patienten var ej hemma | 6. Patienten orkade ej | 8. Personalen glömt att utföra insatsen
(avvikelse ska skrivas) | 10. Personalen hann inte utföra insatsen
(avvikelse ska skrivas) |