



Anmälan av fallincident

Enhet: _____

Vårdtagarens namn: _____

Vårdtagarens personnummer: _____

Datum, veckodag och klockslag: _____

Hur upptäcktes fallincidenten: _____

Var inträffade fallincidenten: _____

Orsaken till fallincidenten: _____

Vad blev följden av fallincidenten: _____

Läkarbesök

Fraktur

Höftfraktur

Förebyggande åtgärder: _____

Tjänstgörande personal som var närvarande vid fallet:

Underskrift av tjänstgörande sjuk. Sköt./distr. sköt.:

(Ska undertecknas om det i samband med fallet blev aktuellt med en medicinsk bedömning av sjuk. sköt./distr. sköt.)

Påskrift av enhetschefen för den aktuella enheten:

(Påskriften innebär att jag som arbetsledare och chef för enheten har tagit del av antal fallincidenter).