Certifiering Minnesmottagning 2020

Ber er svara på enkäten senast 15/1 2020 Beslut om certifiering meddelas er senast 15/2 2020 via Vårdvalsenheten.

1.Sjuksköterskan har avsatt tid 0,5 timmar/vecka/1000 listade patienter, ange namn nedan

Ja, vänligen ange namn nedan

Nej

2.Sjuksköterskans namn är:



3.Sjuksköterskan har tidsbeställd mottagning med organiserad telefonrådgivning

Ja

Nej

4.Sjuksköterska eller annan ansvarig person registrerar i SveDem

Ja

Nej

5.Specialist i allmänmedicin alternativ geriatriker (ange namn) har uppdraget som medicinsk ansvarit för Minnesmottagningen

Ja, vänligen ange namn nedan

Nej

6.Geriatrikerns namn är:



7.Etablerad samverkan med arbetsterapeut?

Ja, vänligen ange namn nedan

Nej

8.Arbetsterapeutens namn är:



9.Överenskommen samverkan med kommun finns (ange kommunens namn nedan)

Ja

Nej

10.Kommunens namn är:



11.Sjuksköterskan och läkaren ska ha kontinuerlig fortbildning dvs, delta i de nätverksträffar som anordnas

Ja

Nej

12.Vilken är din vårdenhet?



13.Vem är verksamhet/enhetschef?

