



ÄLVSBYNS  
KOMMUN

Omsorgskontoret  
94285 Älvsbyn

## Avvikelse till annan vårdgivare

**Datum för händelsen:** \_\_\_\_\_

**Vårdgivarenhet:** \_\_\_\_\_

**Vårdtagarens namn och personnummer**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Händelseförlopp** (beskriv händelseförloppet):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Risicanalys** (vilka risker har ni sett) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kritiska punkter**(på vilka punkter har ni sett brister):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bedömning/åtgärdsförslag** (vilken bedömning har ni gjort av händelsen):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

datum

---

underskrift/namnförtydligande  
befattning  
Älvsbyns Kommun

---

datum

---

underskrift/namnförtydligande  
MAS  
Älvsbyns Kommun