

FYLLS I AV Camanio Care AB	Kund ID#	Mättnings-ID#		
	Startdatum:	Slutdatum:		
FYLLS I AV KUND				
Referens-/inköpsnummer:				
Namn på verksamheten:				
Person som kommer vara huvudansvarig för mätningen? (Koordinator)	Namn:	Telefon:	E-post:	
iPad	Egen:*	Hyra:	*Vid användning av egen iPad måste den uppfylla följande krav: Lås för borttagning av appar och eget mejlkonto i iPaden.	
I vilken kommun är ni verksamma?				
I vilken regi drivs verksamheten?	Kommunalt	Privat		
Hur många anställda har ni?				
Hur många boenden (vårdtagare) finns det i verksamheten?				
Antal avdelningar som ska mätas:	Totalt antal avdelningar:			
				Generera C:13 antal fält

Beställningsfrågor per rapport/delrapport

Namn på den avdelning/grupp som ska mätas	Ex. Avd. 1, Rosenkvisten		
Vilken typ av avdelning är det som ska genomföra mätningen?	Somatisk	Äldrepsyk	Annan
Finns det en särskilt utsedd person som ansvarar för helheten kring måltissituationen?	Ja	Nej	
Hur många anställda finns på avdelningen?			
Hur många boende finns på avdelningen?			
Hur många av de boende kommer svara på enkäten (minst 10 stycken)?			
Hur många ur personalen kommer svara på enkäten (minst 10 stycken)?			
Ange ungefärlig procentandel av de som matas på avdelningen	%		
Har ni skriftliga rutiner för hur varje enskild boendes behov ser ut för måltidssituationen?			
Hur stor andel har sådana rutiner?	%		

Leveransadress (vid lån av iPad):

Verksamhet:

Referens:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Vid elektronisk fakturering, uppge e-referens:

Vid faktura via e-post, uppge e-mail:

Fakturaadress:

Verksamhet:

Referens:

Adress:

Postnummer:

Ort: