



Uppföljande datum

Upprättandedatum:

 Ärendet påbörjat före

Namn:	Personnummer:	
Adress:	Port kod:	Öppna med nyckel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:	
Närstående 1(relation):	Underrättas nattetid: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:	
Närstående 2(relation)/	Godman:	Underrättas nattetid: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:	
Kontaktperson 1:	Biståndshandläggare:	
.....	
Utförare/Grupp:	Telefonnummer/biståndshandläggare:	
.....	

Mål med beslutade insatser enligt biståndet:

.....

- Stöd och hjälp till självhjälp. Händerna på ryggen. Rehabiliterande
 Gör det åt vederbörande (med delaktighet) Matdistribution

Insatser: Morgonhjälp Fm.hjälp Middaghjälp Em.hjälp
 Kvällshjälp Natthjälp

Städ Dusch Promenad Ledsagning Inköp Tvätt Färdtjänst

Växelboende Dagverksamhet Avlösning Tel.service Apoteksärende
 Apodos

Renbädd Övrigt.....

Larm Trygghetslarm Dörrlarm Sänglarm Larmmatta
 Kan själv påkalla hjälp

Förflyttning: Behöver hjälp: Helt Delvis Inte alls
 Dubbelbemanning

Rollator Vårdbälte Lyft Rullstol Bälte i rullstol (enl.ord)
 Grind (enl.ord.)

Övrigt:
Kommunikation: <input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Annat
Särskilda behov/funktionsnedsättning: (ex. förlamning, talsvårighet, demens/glömsk, dålig balans m.m)
Övriga upplysningar: <input type="checkbox"/> Rökare <input type="checkbox"/> Husdjur Övrigt
Läkemedelshantering: Behöver hjälp: <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Insulinbehandl.del.till hemtj. <input type="checkbox"/> Insulinbehandl.av DSK <input type="checkbox"/> Egenvård (ingen signlista) <input type="checkbox"/> Apodos <input type="checkbox"/> Dosett <input type="checkbox"/> Ögondroppar <input type="checkbox"/> Waranbehandl.
Risikfaktorer/ Sjukdom <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fallrisk <input type="checkbox"/> Ep Övrigt:
Omvårdnad: <input type="checkbox"/> Stödstrumpor <input type="checkbox"/> Linda ben <input type="checkbox"/> Höftbyxa Övrigt:.....
Överkänslighet:
Vårdcentral/område: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> Inskrivnen i hemsjukvården

Morgonhjälp: <input type="checkbox"/> Uppstigning <input type="checkbox"/> Hygien övre <input type="checkbox"/> Hygien nedre <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Munvård <input type="checkbox"/> Klädsel <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Frukost <input type="checkbox"/> Bädda <input type="checkbox"/> Diska Övrigt
Förmiddagshjälp: <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Tillsyn <input type="checkbox"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Medicin Övrigt
Middagshjälp: <input type="checkbox"/> Matdistribution <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Diska <input type="checkbox"/> Brickbärning Övrigt:

Eftermiddagshjälp: <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Tillsyn <input type="checkbox"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Medicin Övrigt:
Kvällshjälp: <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Kvällsmat <input type="checkbox"/> Hygien <input type="checkbox"/> Munvård <input type="checkbox"/> Avklädning <input type="checkbox"/> Läggning <input type="checkbox"/> Tillsyn Övrigt:
Natthjälp: <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Tillsyn <input type="checkbox"/> Vändning <input type="checkbox"/> Väckning <input type="checkbox"/> Byte inkontinens hjälpmed. Övrigt:
Mun status: <input type="checkbox"/> Egna tänder <input type="checkbox"/> Protes övre <input type="checkbox"/> Protes nedre Övrigt:
Inkontinenshjälpmedel: <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Stomi <input type="checkbox"/> Underlägg i säng/stol Övrigt:
Städ: Hur:
Dusch: Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Hårvård <input type="checkbox"/> Nagelvård, hand (obs sax) Hur:
Promenad: <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Dubbelbemanning
Ledsagning: <input type="checkbox"/>

Inköp: <input type="checkbox"/>		
.....		
Tvätt: <input type="checkbox"/>	Renbädd: <input type="checkbox"/>	
.....		
Färdtjänst:	<input type="checkbox"/> Ledsagare	<input type="checkbox"/> Lämning/hämtning
	<input type="checkbox"/> Medresenär	
Beviljat t.o.m.....		
Övrigt:		
.....		
Växelboende:		
.....		
Dagverksamhet:	<input type="checkbox"/> Må	<input type="checkbox"/> Ti
	<input type="checkbox"/> On	<input type="checkbox"/> To
	<input type="checkbox"/> Fr	
Social aktivering:	<input type="checkbox"/> Må	<input type="checkbox"/> Ti
	<input type="checkbox"/> On	<input type="checkbox"/> To
	<input type="checkbox"/> Fr	
Social kontakt:		
.....		
Bra att veta:		
.....		
.....		
Vägbeskrivning:		
.....		
.....		

Tillsammans upprättade vi genomförandeplanen		
.....		
Vårdtagare/Närstående	Kontaktman	Datum
Datum uppföljning (uppföljning 1 ggr/halvår)		
dat/sign	dat/sign	dat/sign
dat/sign		
Synpunkter från vårdtagaren vid uppföljning:		
.....		
.....		
.....		

Levnadsberättelse:

(frivillig uppgift)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kultur, Musik, jakt/fiske, trädgård/blommor, hantverk/handarbete, läsning, hemmet, motion, tv, radio, pussel, andra länder, bilar, konst, korsord, frivilligorganisationer, morgon/kvälls människa, sällskap eller lugn o ro.