

PLANERING AV "EGENVÅRD MED HJÄLP"

Ansvarig vårdenhet/vårdgivare:	Avser:
Adress:	Personnummer:
Telefonnummer:	Namn:
Namn:	Adress:
Befattning:	Postadress:
	Ev. hemjånstutförare:

Jag ger mitt samtycke till att personal som ska hjälpa mig/mitt barn med egenvården och beslutsfattare inom kommun samt ansvariga inom hälso- och sjukvården får utbyta information om frågor som rör egenvården:

Datum:

Underskrift:

Följande hälso- och sjukvårdsåtgärd har bedömts som egenvård:

Åtgärden beräknas pågå:

Information och handledning/enkel instruktion behöv av legitimerad personal, till den eller dem som skall utföra egenvården?

- Nej, den vuxna patienten instruerar själv
 Ja (om ja, namn på den som ansvarar för instruktionen, vad som ska instrueras, på vilket sätt och när detta ska ske)

Följande åtgärder ska vidtas om den enskilda drabbas av eller riskerar att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården:

Kontakta:

Telefon:

Följande ska vidtas om patientens situation förändras:

Åtgärd:

Kontakta:

Telefon:

Bedömning av egenvården följs upp av legitimerad personal (ange hur och när):

Omprövning av bedömningen av egenvården ska göras vid följande (ge gärna exempel på situation/händelse):

Namn på legitimerad yrkesutövare som har ansvar för bedömningen och befattning:

Underskrift: _____

Denna blankett har lämnats/skickats till:

Den enskilde (OBS! Skall bifogas till ansökan om bistånd)

Chef för verksamhet som utför egenvården t ex i förskoleverksamhet/skola eller inom socialtjänstens enheter där nytt biståndsbeslut inte behöver fattas med anledning av detta

Bekräftelse – Härmed bekräftas mottagande av blanketten. Insatser beräknas komma igång (ange datum):

Namn och titel:

Underskrift:

Datum:

Blanketten skickas tillbaka till legitimerad yrkesutövare hos landstingsfinansierad verksamhet. Meddelande kan ske även per telefon.