

EGENVÅRDSPLAN

Ny bedömning

Omprövning

Namn	Personnummer
------	--------------

Undertecknad har bedömt att det finns ett behov av hjälp vid utförandet av egenvårdsinsats för ovanstående person. Kopia på denna blankett ska överlämnas till den enskilde/företrädare, handläggare i socialtjänsten, ansvarig chef och ev. andra berörda parter efter den enskildes samtycke.

Planen gäller för insats	Riskanalys är utförd
Ansvarig för utförande av insatsen är	
Ansvarig för instruktioner och handledning till utföraren är	
Hur ska information och instruktioner ges till utföraren?	
Vilka åtgärder ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården?	
Vilka åtgärder ska vidtas och vem ska kontaktas, om patientens situation förändras?	
Hur, när och av vem ska egenvårdsbedömningen följas upp och omprövas?	

Undertecknat

Ort	Datum
Namn	Befattning

Skriv ut