**Avsändare Ange samtliga mottagare**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Datum för när Planering faxades FÖRSTA gången** (åååå-mm-dd)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Patientidentitet** |

**Personnummer Namn Ärendenummer**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Patientens önskemål, status, vårdförlopp och hjälpbehov**

**Inskrivningsdatum** (åååå-mm-dd)

|  |
| --- |
|  |

**Inskrivningsorsak/Kontaktorsak Beräknat utskrivningsdatum** (åååå-mm-dd)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Ansvarig läkare**

|  |
| --- |
|  |

**Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt PATIENTEN SJÄLV**

|  |
| --- |
|  |

**Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt NÄRSTÅENDE**

|  |
| --- |
|  |

**Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt VÅRDPERSONALEN**

|  |
| --- |
|  |

**Planerade hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Planerade och utförda rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder vid denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Bedömt behov av rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Hälsotillstånd**

|  |
| --- |
|  |

**Aktivitet och funktion- Nuvarande tillstånd**

**Bedömning gjordes:** Klicka eller tryck här för att ange datum.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedömd nedsättning** | **Har inte bedömts** | **Ingen nedsättning 0-4%** | **Lätt nedsättning 5-24%** | **Måttlig nedsättning 25-49%** | **Svår nedsättning 50-95%** | **Total nedsättning 96-100%** | **Kommentar** |
| **Lärande och tillämpa kunskap** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kommunikation** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Förflyttning** |  |  |  |  |  |  |  |
|  Ändra kroppsställning |  |  |  |  |  |  |  |
|  Bibehålla kroppsställning |  |  |  |  |  |  |  |
| Att gå |  |  |  |  |  |  |  |
| **Personlig vård** |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att tvätta sig |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att sköta toalettbesök |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att sköta tandhygien |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att klä sig |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att äta |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att dricka |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hemliv** |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att skaffa varor och tjänster |  |  |  |  |  |  |  |
|  Att bereda måltider |  |  |  |  |  |  |  |
|  Hushållsarbete |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kroppsfunktioner** |  |  |  |  |  |  |  |
|  Orienteringsfunktioner |  |  |  |  |  |  |  |
|  Sömnfunktioner |  |  |  |  |  |  |  |
|  Minnesfunktioner |  |  |  |  |  |  |  |
|  Synfunktioner |  |  |  |  |  |  |  |
|  Hörselfunktioner |  |  |  |  |  |  |  |

**Verksamheternas plan för att tillgodose patientens behov och önskemål efter denna vårdkontakt**

**Samordnad individuell planering skall genomföras**

**[ ]  Ja [ ] Nej**

**Bedömningen gjordes:** Klicka eller tryck här för att ange datum.

**Kommentar angående beslut om Samordnad individuell plan (SIP)**

|  |
| --- |
|  |

**Inför permission**

|  |
| --- |
|  |

**Egenvård**

|  |
| --- |
|  |

**Närståendeinsats**

|  |
| --- |
|  |

**Läkemedelshantering**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antal dagar som läkemedel skickas med för 0-30 dagar:** |  |

**Öppenvården ansvarar för**

**Planerad allmän hälso- och sjukvårdsinsatser efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Planerad specialiserad hälso- och sjukvård efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Förskrivning av hjälpmedel**

|  |
| --- |
|  |

**Kommunen ansvarar för**

**Patienten är/blir inskriven i kommunal hemsjukvård efter denna vårdkontakt:**

**[ ] Ja** **[ ] Nej**

**Bedömning gjordes:** Klicka eller tryck här för att ange datum.

**Planerad omsorgsinsats efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Planerade hälso- och sjukvårdsinsatser efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |

**Förskrivning av hjälpmedel och andra insatser**

|  |
| --- |
|  |

**Slutenvården ansvarar för**

**Förskrivning av hjälpmedel**

|  |
| --- |
|  |

**Habiliteringen ansvarar för**

**Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt**

|  |
| --- |
|  |