



Reservrutin SAMSA version 3.0

Meddelande Planering (sidan 1 av 3)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

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

*Patientidentitet

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

Inskrivningsdatum* (åååå-mm-dd)

Patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård*

	Vet ej	Ja	Nej
--	--------	----	-----

Inskrivningsorsak/Kontaktorsak

Beräknat utskrivningsdatum

Ansvarig läkare

Patientens upplevda behov

Patientens bedömda behov

Hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsaktivitet vid denna vårdkontakt

Rehabiliterings-/habiliteringsåtgärd

Hälsotillstånd

Munhälsa

**Meddelande Planering (sidan 2 av 3)**

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

Patientidentitet *

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

Aktivitet Funktion (Bedömd nedsättning)	Har inte bedömts	Ingen 0-4 %	Lätt 5 - 24 %	Måttlig 25 - 49 %	Svår 50 - 95 %	Total 96 - 100 %	Kommentar
LÄRANDE OCH ATT TILLÄMPA KUNSKAP							
KOMMUNIKATION							
FÖRFLYTTNING							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppsställning							
Att gå							
PERSONLIG VÅRD							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbesök							
Att klä sig							
Att äta							
Att dricka							
HEMLIV							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
KROPPSFUNKTIONER							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							
Datum när bedömningen gjordes							
Planerad hälsa och sjukvårdsaktivitet efter utskrivning							



Reservrutin SAMSA version 3.0

Planering (sidan 3 av 3)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande
Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

*Patientidentitet

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

Samordnad individuell planering skall genomföras

Ja Nej

Målsättning med insatserna samt uppföljning

--

Egenvård

--

Närståendeinsats

--

Planerad hälso- och sjukvårdsaktivitet efter denna vårdkontakt

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

Förskrivning av hjälpmedel

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Habiliteringen ansvarar för:

--

Omsorgsinsats som kommun är ansvarig för

--

Behov av Bostadsanpassning

--

Läkemedelshantering

--