

Planering av: Egenvård med hjälp -En blankett per åtgärd.

Används för egenvård finansierad *via biståndsbeslut* från Kommunalförbundet- Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON)

Datum:	Sökande:
Ansvarig vårdenhet/vårdgivare:	Person nr:
	Namn:
Postadress:	Adress:
Telefon:	Postadress:

Jag ger mitt samtycke till att personal som ska hjälpa mig 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 From: _____ Tom: _____

ELLER Åtgärden beräknas på gå under: _____

Hur ofta ska åtgärden utföras: _____

Vilken tidsåtgång beräknas för åtgärden: _____

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

Nej, patienten instruerar själv

Ja (om ja: Namn på den som ansvarar för instruktionen och när detta ska ske)

Namn: _____ Datum _____

Följande åtgärder ska vidtas om patienten 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 (ange hur och när):	
Omprovning av bedömningen av egenvården ska göras vid följande (ge gärna exempel på situation/händelse):	

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

Namn: _____ Befattning: _____

Underskrift: _____

Denna blankett har lämnats/skickats till:

- Den enskilde
- Biståndsavdelningen KSON
- Samordnare för verksamhet som utför egenvården t.ex. i Kundvalet.

Härmed bekräftas mottagandet av blanketten: Handläggare på KSON

Namn: _____

Insatser beviljas: fr.o.m. _____ t.om _____

Namn och titel:
Underskrift:
Datum:

Blanketten skickas tillbaka till legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården