

## 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.