

## RAPPORT OM BRISTER/RISKER GÄLLANDE EGENVÅRD MED HJÄLP

(Kommunen)

<b>Uppgiftslämnare:</b>	<b>Handläggare/chef:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Verksamhet (namn och adress):</b>	
<b>Ansvarig vårdenhet/vårdgivare:</b>		
Avser: Personnummer: Namn: Adress: Postadress:		
<b>Omständigheter/observationer som föranleder avvikelsen</b>		
<b>Den enskilde /företrädaren är informerad om rapporteringen</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>Chefs underskrift</b>		

Chef skickar blanketten till berörd vårdenhet. (Kopia skickas i förekommande fall till biståndshandläggare.)

(Landstinget)

<b>Bedömning gällande avvikelse vid egenvård har skett (datum):</b>
<b>Bedömningen resulterade i att:</b> <input type="checkbox"/> Planering av bedömd egenvård kvarstår <input type="checkbox"/> Nyplanering av bedömd egenvård <input type="checkbox"/> Åtgärden övergår till hälso- och sjukvårdsansvar
Underskrift:
Namnförtydligande
Befattning:
Telefonnummer:

Skickas tillbaka till chef i kommunen enligt ovan (som i förekommande fall i sin tur skickar kopia till biståndshandläggare).