



ARBETSPLAN

Originalhandling

Namn: _____ Personnummer: _____

Lgh nr/Adress: _____ Portkod: _____ Telnr: _____

Kontaktperson: _____ Telnr: _____

Bitr. enhetschef: _____ Telnr: _____

Biståndshandläggare: _____ Telnr: _____

Äldreboendets läkare: _____ Telnr: _____ Husläkare: _____ Telnr: _____

Sjukgymnast: _____ Telnr: _____ Arbetsterapeut: _____ Telnr: _____

Sjuksköterska: _____ Telnr: _____

					Vill bli kontaktad	Dag	Kväll	Natt
1. Anhörig/god man:	_____	Telnr bostad: _____	Telnr arbete: _____	Mobilnr: _____		☐	☐	☐
2. Anhörig/god man:	_____	Telnr bostad: _____	Telnr arbete: _____	Mobilnr: _____		☐	☐	☐

Målsättning: _____

Uppföljning/Utvärdering: _____ Datum: _____

Datum:

Datum

Datum

Underskrift

Underskrift

Underskrift

Kontaktperson

Namn/anhörig/god man

Bitr.Enhetschef

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Namnförtydligande



ARBETSPLAN

Originalhandling

Hjälpmedel: ☐ Glasögon ☐ Hörapparat ☐ Tandprotes ☐ Över ☐ Under ☐ Rullstol ☐ Rullator ☐ Käpp ☐ Lyft

Medicin: ☐ Sköter själv ☐ Apodos ☐ Dosett ☐ Flytande medicin ☐ Insulin

Färdtjänst: ☐ Taxi ☐ Buss

Viktig information: _____

Personliga önskemål: _____

Social situation/bakgrund: _____

Handlings- och veckoplanen upprättas tillsammans med pensionären och, om denne så önskar, dennes anhörig/närstående/god man.

Användarinstruktion:

Syftet med handlings- och veckoplanen är att beskriva hur och när beställda insatser skall utföras och den används vid uppföljning med biståndshandläggaren.

Handlings- och veckoplan skall upprättas inom 14 dagar efter beställning från biståndshandläggaren.

Kopia på handlings- och veckoplan skickas till biståndshandläggaren inom 14 dagar.

Handlings- och veckoplan revideras endast efter vårdplanering eller ny beställning.