

STÖDPLAN FÖR ANHÖRIGVÅRDARE

Namn anhängvårdare:..... persnr:.....

Adress:..... telefon:.....

Namn vårdtagare:..... persnr:.....

Namn upprättare av dokumentet:.....

Datum:.....

Hemsituation:.....

.....

.....

.....

Befintliga stödinsatser:.....

.....

.....

Vem ansvarar för dessa stödinsatser:.....

.....

Saker som skulle underlätta vardagen för mig:.....

.....

.....

.....

S

Önskemål om stödinsatser:*(stödinsatser som kräver biståndsbeslut)*

- | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| – avlösning i hemmet | – korttidsvård/växelvård | – dagverksamhet |
| – hemtjänst | – hemvårdsbidrag | – tekniska hjälpmedel |

(stödinsatser som ej kräver biståndsbeslut)

- | | | |
|---------------------------------|--------------|----------------|
| – allmän information | – stödsamtal | – anhöriggrupp |
| – kontakt frivilligorganisation | – egenvård | – annat |

.....

.....

.....

.....

Mål med stödinsatserna:

.....

.....

Namnunderskrift anhörigvårdare

Namnunderskrift av personal som upprättat stödplanen:.....

S

UPPFÖLJNING AV STÖDPLAN FÖR ANHÖRIGVÅRDARE

Datum:

Vad har varit bra?

.....
.....
.....

Vad har varit mindre bra?

.....
.....
.....

Fortsatta stödåtgärder

.....
.....
.....

Övriga synpunkter:

.....
.....
.....

Namnunderskrift anhängigvårdare :.....

Namnunderskrift och namnförtydligande personal som utfört uppföljningen:

.....