Checklistan ska gås igenom av AT/SG tillsammans med kontaktmannen och boende vid inflyttning.

Namn: Enhet/vån: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktman:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AT/SJG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finns problem med:**  |  **Ja**  |  **Nej**  |  **Beskriv problem**  |  **Planerad åtgärd**  | **Datum för** **åtgärd**  |  **Signatur**  |
| Mattkanter/hala mattor |   |   |   |   |   |   |
| Trösklar |   |   |   |   |   |   |
| Lösa sladdar |   |   |   |   |   |   |
| Belysning (finns nattbelysning som kan tändas vid sängen) |   |   |   |   |   |   |
| Badrum (finns duschpall) |   |   |   |   |   |   |
| Skor/strumpor |   |   |   |   |   |   |
| Förflyttningar |   |   |   |   |   |   |
| Möblering |   |   |   |   |   |   |
| Hjälpmedel |   |   |   |   |   |   |
| Telefonplacering |   |   |   |   |   |   |
| Nattliga bestyr |   |   |   |   |   |   |
| Övriga fallrisker |  |  |  |  |  |  |

Kontaktmannen stödjer den enskilde med att åtgärderna sker och vid behov kontaktas arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska. Checklistan förvaras i den boendes SoL - pärmen.