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.