|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

# **GENOMFÖRANDEPLAN AVLÖSNING/FRITIDSLEDSAGNING**

**Utförarenhet:**

**Personuppgifter:**

Namn:

Personnummer:

**När genomförandeplanen gjordes:**

Mötesdatum:

Medverkande när genomförandeplanen gjordes:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Vald kontaktperson:

|  |
| --- |
|  |
|  |

 **Grundinformation:**

Mina närstående/God man

Namn:

Förstahandskontakt:

Telefonnummer:

Namn:

Förstahandskontakt:

Telefonnummer:

**När och hur jag vill att mina anhöriga eller god man ska kontaktas:**

**Levnadsberättelse:**

 Jag vill lämna en levnadsberättelse, finns som ett bifogat dokument

 Jag vill inte lämna en levnadsberättelse

**Dessa hjälpmedel har jag:**

 Rullstol Käpp Personlift

 Rollator Gåbord Turner

Syn

Hörsel

Balans/fallrisk

Allergier

 Specialkost

**Färdtjänst:**

 Har färdtjänst Vilken typ:

**Mina viktiga vårdkontakter:**

**Andra beviljade insatser:**

|  |
| --- |
| Hemtjänst/dagverksamhet: |

**Omsorgsbehov**

Förflyttningar:

|  |
| --- |
|  |

Toalettbesök:

|  |
| --- |
|  |

Måltidssituationen:

|  |
| --- |
|  |

Viktigt att veta:

|  |
| --- |
|  |

**Målsättningen med genomförandeplanen**

|  |
| --- |
| Jag vill och jag behöver: |

**Avlösning/fritidsledsagning**

|  |
| --- |
| Jag behöver stöd och hjälp med: |
| Detta klarar jag själv att göra: |
| Hur jag vill att ni hjälper och stödjer mig: |
| När: |

**Underskrift/godkännande**

Den enskilde/företrädare

Ansvarig för upprättandet

**Uppföljning**

Planerat uppföljningsdatum:

**Hur insatserna fungerat och i vilken omfattning målen uppnåtts:**

|  |
| --- |
| Beskriv vad du tycker har fungerat bra utifrån genomförandeplanen:  |
| Beskriv vad du tycker fungerat mindre bra utifrån genomförandeplanen:  |
| Hur vill du att vi ska arbeta för att förbättra dina beviljade insatser?  |