



Kundens namn:

Genomförandeplan IBIC

Datum för aktuellt uppdrag:
Datum för påbörjad genomförandeplan:

Personuppgifter

För och efternamn:	Personnummer:
Utföraenhet:	
Namn, adress, telefon nr till godman/företrädare:	
Namn, adress, telefon nr till anhörig/närstående:	
När och hur jag vill att mina anhöriga eller god man ska kontaktas:	
Kontaktpersonal 1:	Kontaktpersonal 2:
Jag vill lämna en levnadsberättelse (finns som bifogat dokument):	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag har trygghetslarm:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag har egenvård:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag har nattinsatser	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag har färdtjänst:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>



Kundens namn:

Jag är beviljad växelvård:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag är beviljad dagverksamhet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag samtycker till förvaring av social dokumentation i hemmet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har kunden medverkat i upprättandet av genomförandeplan:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Orsak till att kund inte har medverkat vid upprättandet:	
Övriga deltagare som deltagit vid upprättandet:	
Datum för färdigställd genomförandeplan:	
Datum för planerad uppföljning:	



Kundens namn:

Övergripande målsättning:

Personfaktorer: (exempel: yrke, utbildning, karaktär/stil, vanor, vad är viktigt att veta om personen)

Omgivningsfaktorer: (saker i omgivningen som påverkar/underlättar vardagen t.ex. miljö, hjälpmedel, teknik, larm, relationer och stöd från annan person)

Hälsa och kroppstruktur/fysisk och psykisk hälsa: (hälsotillstånd och eventuell nedsättning av rörelseförmåga t.ex. syn, hörsel)



Kundens namn:

Lärande och att tillämpa kunskap: *(att ta till sig ny kunskap, att tänka, lösa problem/situationer)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:

Allmänna uppgifter och krav: *(att genomföra dagliga uppgifter, hantera stress)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:



Kundens namn:

Kommunikation: (språk, tecken, symboler som handlar om att ta emot eller förmedla budskap)

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:

Förflyttning: (ändra kroppsställning, förflytta sig från en plats till en annan, förflytta föremål, att använda transporthjälpmedel)

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:



Kundens namn:

Personligvård: *(personlig vård, dusch, kläder, att matas, toalettbesök)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:

Hemliv: *(städning, tvätta, handla, måltider, diska mm)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:



Kundens namn:

Mellanmänskliga interaktioner och relationer: *(att skapa och bibehålla relationer med okända, familj och vänner)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:

Viktiga livsområden: (T.ex. hushållsekonomi. Eget ansvar/god man)

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:



Kundens namn:

Samhällsgemenskap, socialt liv: *(fritidsaktiviteter, engagerad i föreningsliv, religion, att kunna rösta)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:

Känsla av trygghet: *(inklusive trygghetslarm)*

Beskriv målsättning:
Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs:
Beskriv vad jag kan göra själv:
Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig:



Kundens namn:

Insatsschema: (Beskriv arbetssätt och ungefärliga tider, vanor och önskemål under hela dygnet).

Morgon: (7.30-10.00)
Förmiddag: (10.00-13.00)
Eftermiddag: (13.00-17.00)
Kväll: (17.00-21.00)
Natt: (21.00-07.30)



Kundens namn:

Underskrift/godkännande

Den enskilde/företrädare

Ansvarig för upprättandet

Ort och datum
