|  |  |
| --- | --- |
| Den enskildes namn: **Mall Genomförandeplan Hemtjänst** | Upprättad (datum för första genplanen): |
| Personnummer:  | **Uppföljning planerad (datum efter ett halvår):** |
| Kontaktperson: | **Uppföljning genomförd (datum när planen följdes upp):**  |
| Medverkande vid genomförandeplan: | **Anhörig och kontaktuppgifter:** |
| Nattinsatser: [ ]  JA [ ]  NEJ | **Rehab och telefonnummer:** |
| Trygghetslarm: [ ]  JA [ ]  NEJ | **Vårdcentral och telefonnummer:** |
| Om anhöriga vill bli kontaktade nattetid: [ ]  JA [ ]  NEJ Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Övriga kontaktuppgifter (exempelvis till dagverksamhet, arbetssupport):**  |
| Den enskildes underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Den enskilde ger samtycke till kontakt med:**[ ]  Anhörig Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Vårdinrättningar Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Personfaktorer:** |
| **Omgivningsfaktorer:** |
| **Hälsotillstånd (fysisk och psykisk hälsa):** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Livsområde** | **Beviljade insatser** | **När?** | **Hur vill den enskilde att insatserna ska utföras? (beskriv stöd och arbetssätt)** | **Vad klarar den enskilde själv?** | **Mål** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |