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

# **GENOMFÖRANDEPLAN DAGVERKSAMHETEN**

**Utförarenhet:**

**Personuppgifter:**

**Namn:**

**Personnummer:**

**När genomförandeplanen gjordes:**

**Mötesdatum:**

**Medverkande när genomförandeplanen gjordes:**

**Vald kontaktperson:**

**Grundinformation:**

**Mina närstående/God man**

Namn:

Telefonnummer:

Förstahandskontakt:

Namn:

Telefonnummer:

Förstahandskontakt:

**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:**

**Dagverksamheten**

**Mina dagar på dagverksamheten:**

|  |
| --- |
| Mina aktiviteter/intressen |
| Vad kan dagverksamheten erbjuda: |

 **Omsorgsbehov**

**Förflyttningar:**

|  |
| --- |
|  |

**Toalettbesök:**

|  |
| --- |
|  |

**Måltidssituationen:**

|  |
| --- |
|  |

**Munvård:**

|  |
| --- |
|  |

**Medicinering:**

|  |
| --- |
|  |

**Viktigt att veta:**

|  |
| --- |
|  |

**Målsättningen med genomförandeplanen**

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

**Underskrift/godkännande**

**Den enskilde/företrädare**

**Ansvarig för upprättandet**

**Uppföljning**

**Planerat uppföljningsdatum:**

**Hur dagverksamheten 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 din tid hos dagverksamheten:  |