

Planering

Bifoga också kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Avsändare

Ange samtliga mottagare

Datum för när Planering faxades **första** gången

[Klicka här för att ange datum](#)

Patientidentitet

Namn

Personnummer

Ärendenummer

Patientens önskemål, status, vårdförlopp och hjälpbehov

Inskrivningsdatum [Klicka här för att ange datum](#)

Inskrivningsorsak/Kontaktorsak

Beräknat utskrivningsdatum [Klicka här för att ange datum](#)

Behov av vår och omsorg efter denna vårdkontakt enligt **patienten själv**

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt **närstående**

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt **vårdpersonalen**

Planerade hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Planerade och utförda rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder vid denna vårdkontakt

Behov av rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt

Hälsotillstånd

Aktivitet och funktion- Nuvarande tillstånd

 Bedömningen gjordes: [Klicka här för att ange datum](#)

Bedömd nedsättning	Har inte bedömts	Ingen nedsättning 0-4%	Lätt nedsättning 5-24%	Måttlig nedsättning 25-49%	Svår nedsättning 50-95%	Total nedsättning 96-100%	Kommentar
Lärande och tillämpa kunskap							
Kommunikation							
Förflyttning							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppshållning							
Att gå							
Personlig vård							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbesök							
Att sköta tandhygien							
Att klä sig							
Att äta							
Att dricka							
Hemliv							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
Kroppsfunktioner							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							

Verksamheternas plan för att tillgodose patientens behov och önskemål efter denna vårdkontakt

Samordnad individuell planering skall genomföras:

Ja Nej

Bedömningen gjordes: Klicka här för att ange datum

Kommentar angående beslut om Samordnad individuell plan (SIP)

Inför permission

Egenvård

Närståendeinsats

Läkemedelshantering

Antal dagar som läkemedel skickas med för 0-30 dagar:

Öppenvård ansvarar för

Planerad allmän hälso- och sjukvårdsinsatser efter denna vårdkontakt

Planerad specialiserad hälso- och sjukvård efter denna vårdkontakt

Föreskrivning av hjälpmedel

Kommunen ansvarar för

Patienten är/blir inskriven i kommunal hemsjukvård efter denna vårdkontakt:

Ja Nej

Bedömningen gjordes: Klicka här för att ange datum

Planerad omsorgsinsats efter denna vårdkontakt

Planerad hälso- och sjukvårdsinsatser efter denna vårdkontakt

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Förskrivning av hjälpmedel och andra insatser

Slutenvården ansvarar för

Förskrivning av hjälpmedel

Habiliteringen ansvarar för

Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt
