



## Reservrutin SAMSA version 3.0

### Meddelande Planering (sidan 1 av 3)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

Datum för när Planering faxades FÖRSTA gången (åååå-mm-dd)

\*Patientidentitet

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

Inskrivningsdatum\* (åååå-mm-dd)

Patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård\*

	Vet ej	Ja	Nej
--	--------	----	-----

Inskrivningsorsak/Kontaktorsak

Beräknat utskrivningsdatum

Ansvarig läkare

Patientens upplevda behov

Patientens bedömda behov

Hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsaktivitet vid denna vårdkontakt

Rehabiliterings-/habiliteringsåtgärd

Hälsotillstånd

Munhälsa

**Meddelande Planering (sidan 2 av 3)**

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

**Patientidentitet \***

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

Aktivitet Funktion (Bedömd nedsättning)	Har inte bedömts	Ingen 0-4 %	Lätt 5 - 24 %	Måttlig 25 - 49 %	Svår 50 - 95 %	Total 96 - 100 %	Kommentar
<b>LÄRANDE OCH ATT TILLÄMPA KUNSKAP</b>							
<b>KOMMUNIKATION</b>							
<b>FÖRFLYTTNING</b>							
Ändra kroppsställning							
Bibehålla kroppsställning							
Att gå							
<b>PERSONLIG VÅRD</b>							
Att tvätta sig							
Att sköta toalettbesök							
Att klä sig							
Att äta							
Att dricka							
<b>HEMLIV</b>							
Att skaffa varor och tjänster							
Att bereda måltider							
Hushållsarbete							
<b>KROPPSFUNKTIONER</b>							
Orienteringsfunktioner							
Sömnfunktioner							
Minnesfunktioner							
Synfunktioner							
Hörsel-funktioner							
<b>Datum när bedömningen gjordes</b>							
<b>Planerad hälsa och sjukvårdsaktivitet efter utskrivning</b>							



## Reservrutin SAMSA version 3.0

### Planering (sidan 3 av 3)

Bifoga också Kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande  
Formuläret är begränsat vad gäller antal tecken som ryms i varje ruta

Avsändare	Ange samtliga mottagare
-----------	-------------------------

\*Patientidentitet

Personnummer	Namn	Ärendenummer
--------------	------	--------------

#### Samordnad individuell planering skall genomföras

Ja Nej

#### Målsättning med insatserna samt uppföljning

--

#### Egenvård

--

#### Närståendeinsats

--

#### Planerad hälso- och sjukvårdsaktivitet efter denna vårdkontakt

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

#### Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

#### Förskrivning av hjälpmedel

Primärvården ansvarar för:

--

Kommunen ansvarar för:

--

Sjukhuset ansvarar för:

--

#### Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Habiliteringen ansvarar för:

--

#### Omsorgsinsats som kommun är ansvarig för

--

#### Behov av Bostadsanpassning

--

#### Läkemedelshantering

--