

## SIP, Samordnad individuell plan

En SIP, Samordnad individuell plan, samlar behov, insatser och vem som ansvarar för dessa insatser, på ett ställe. De personer som deltar i SIP-processen har möjlighet att ta del av planen.

**Gröna avsnitt** fylls i under förberedelserna inför SIP-mötet tillsammans med huvudansvarig för SIP och **blå** fylls i under SIP-mötet. Det **röda** avsnittet fylls i på uppföljning.

- Ny SIP
- Ny SIP efter utskrivning från slutenvård
- Uppföljning av en tidigare SIP

Behov uppmärksammat av	
<input type="checkbox"/> Förskola/Skola	<input type="checkbox"/> Den enskilde
<input type="checkbox"/> Socialtjänst	<input type="checkbox"/> Närstående
<input type="checkbox"/> Regional hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/> Annan <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kommunal hälso- och sjukvård	
Planen tillhör	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Vårdnadshavare 1 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Vårdnadshavare 2 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Tid och plats	
Datum för mötet	Tid för mötet (start- och sluttid)
Plats för mötet	Kommentar

Syfte *Varför ska vi träffas? Långsiktiga mål – vad är viktigt?*

Frågor *Vilka frågor ska vi prata om?*

Vad fungerar bra för den enskilde?

Vad fungerar mindre bra för den enskilde?

Vilka behov har närstående/anhöriga/vårdnadshavare?

Vad kan den enskilde göra för att nå det långsiktiga målet?



Delmål: Vad är viktigt på kort sikt?	Insatser/aktiviteter: Vad ska göras och när?	Ansvarig: Vem ska göra det?	Uppföljning

Kommentar





### Jag godkänner innehållet i SIP

Jag godkänner innehållet i min SIP

Min namnteckning (ej nödvändigt att skriva under)

**Alternativt** vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för mig.

### Uppföljning av SIP ska ske

Plats	Datum och tid (start- och sluttid)
Kallade (Namn, funktion/relation/verksamhet, telefon)	