

## Dokumentation egenvårdsbeslut

I lagen om egenvård (2022:1250) definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal, med legitimation eller särskilt förordnande, har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.

Patientens namn

Patientens personnummer

Skriv här

Skriv här

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Läkemedel                          | <input type="checkbox"/> Ortosbehandling            |
| <input type="checkbox"/> ADL-träning                        | <input type="checkbox"/> Rörlighetsträning          |
| <input type="checkbox"/> Andning                            | <input type="checkbox"/> Transkutan nervstimulering |
| <input type="checkbox"/> Balansträning                      | <input type="checkbox"/> Urinblåsa-/tarmdysfunktion |
| <input type="checkbox"/> Cirkulationsfrämjande              | <input type="checkbox"/> Annat <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gångträning                        |   |
| <input type="checkbox"/> Mat och/eller vätska               |   |
| <input type="checkbox"/> Muskelfunktions- och styrketräning |   |

## Kommentar

## Startdatum

Ange datum.

Egenvård beslutad av

- Arbetsterapeut
- Dietist
- Fysioterapeut
- Läkare
- Sjuksköterska
- Annan

Egenvård utförs av

- Kommunal SoL(LSS personal)
- Närstående
- Patienten själv
- Personal förskola/skola
- Personlig assistent
- Vårdnadshavare
- Annan

Den enskilde ska få en kopia av dokumentationen på egenvårdsbeslutet. Vid ansökan om bistånd eller annat stöd ska den enskilde bifoga egenvårdsbeslutet med ansökan.

Information / Instruktion given av

- Arbetsterapeut
- Dietist
- Fysioterapeut
- Läkare
- Sjuksköterska
- Annan

Information / Instruktion ska ges i form av

Information/Instruktion/åtgärd

Vid akuta situationer kontaktas

Vid övriga problem, förändringar i hälsotillstånd eller i vardagen kontaktas

Vid risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården kontaktas

Uppföljning av åtgärder sker i form av

## Uppföljning/Omprovning

- En gång per månad
- Varannan månad
- Var 3e månad
- En gång per termin
- En gång per år
- Vid behov

## Nästa uppföljning

Ange datum.

## Ansvarig enhet för uppföljning

## Bedömningen utförd av

---

*Namn*

---

*Titel*

---

*E-post alternativt telefonnummer*