

## Genomförandeplan

<b>Gäller fr.o.m.</b>	<b>Uppföljning senast</b>	
<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>	<b>Postnummer och ort</b>	
<b>Telefon</b>	<b>Mobiltelefon</b>	
<b>Närstående</b>	<b>Telefon</b>	<b>Kontaktas nattetid</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	<b>Telefon</b>	<b>Kontaktas nattetid</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	<b>Telefon</b>	<b>Kontaktas nattetid</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Näransvarig</b>	<b>Telefon</b>	

<b>Färdtjänst</b>	<b>Medicinering</b>
Med ledsagare	Egenvård
Specialfordon	Tjänsteköp

<b>Larm</b>	<b>Ansvarar för privata medel</b>
Trygghetslarm	Sköter själv
Annat larm	God man
	Annan

<b>Hjälpmedel</b>	<b>Andra insatser</b>
Rullstol	Ledsagare
Rollator	Kontaktperson
Käpp	Växelvård
Hörapparat	Dagverksamhet
Annat	



**Levnadsberättelse**

Intressen:

Att tänka på:

Händelser av vikt:

Övrigt av vikt:

## Översikt av omsorgsinsatser

<b>HYGIEN</b>	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Bad och dusch	<input type="checkbox"/>				
Daglig hygien	<input type="checkbox"/>				
Tand- och munvård	<input type="checkbox"/>				
Hårvård	<input type="checkbox"/>				
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>				
Inkontinens-hjälpmedel	<input type="checkbox"/>				
På – och avklädning	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål angående hygien					

<b>FÖRFLYTTNING</b>	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>				
Förflyttning inne	<input type="checkbox"/>				
Går i trappor	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål angående förflyttning					

<b>MÅLTID</b>	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Matvanor/rutiner	<input type="checkbox"/>				
Måltidshjälp	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål angående måltid					



SOCIAL SAMVARO	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Promenad	<input type="checkbox"/>				
Övrigt	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål angående social samvaro					

BOSTADEN	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Städning	<input type="checkbox"/>				
Bäddning	<input type="checkbox"/>				
Ärenden	<input type="checkbox"/>				
Tvätt	<input type="checkbox"/>				
Inköp	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål ang. insatsen					

KOMMUNIKATION	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Syn/hörsel	<input type="checkbox"/>				
Annat	<input type="checkbox"/>				
Övrigt att tänka på:					

TILLSYN	Klarar själv	Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen	När önskas hjälp/stöd	Tidsåtgång i minuter	Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö
Telefon	<input type="checkbox"/>				
Besök	<input type="checkbox"/>				
Särskilda önskemål ang. insatsen:					



Vård och omsorg

<b>NATTINSATS</b>	<b>Klarar själv</b>	<b>Behöver hjälp/stöd – hur ges hjälpen</b>	<b>När önskas hjälp/stöd</b>	<b>Tidsåtgång i minuter</b>	<b>Dubbelbemanning Beviljad/arbetsmiljö</b>
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>				
Läggning	<input type="checkbox"/>				
Annat	<input type="checkbox"/>				
<b>Särskilda önskemål ang. insatsen:</b>					



**MÅL**

**Fysiska förmågor**

**HUR uppnås:**

**Trygghet**

**Delaktighet**

**Inflytande**

**Bemötande**

Utlämnande av blankett "synpunkter och klagomål"

**RISKINVENTERING ifylld**

Ja



Datum: 201.....-.....-.....

Individuell genomförande plan undertecknas

.....

Den enskilde/ansvarig

.....

Näransvarig

.....

Enhetschef



---

Vård och omsorg