

**Genomförandeplan – Faktadel**

Sid. 1(2)

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>	<b>Datum</b>
<b>Kontaktperson</b> (namn och tjänstetitel)		<b>Reservkontaktperson</b> (namn och tjänstetitel)
<b>Övriga som deltagit i upprättandet av planen:</b>		
Kunden har lämnat samtycke till allas deltagande      ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		

<b>Ansvarig sjuksköterska:</b>	<b>Ansvarig läkare:</b>
<b>Ansvarig sjukgymnast:</b>	<b>Ansvarig arbetsterapeut:</b>

<b>ADL</b>	Klarar själv	Delvis hjälp	Hel hjälp	Kommentar
Födointag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygien övre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygien nedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Påklädning övre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Påklädning nedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Munvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Övrigt</b>				

<b>Service</b>	Klarar själv	Delvis hjälp	Hel hjälp	Kommentar
Städning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tvätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Färdtjänst</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<b>om ja:</b> <input type="checkbox"/> buss	<input type="checkbox"/> taxi
Ledsagning vid Färdtjänst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej		
<b>Kost</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> special		
<b>Hjälp mediciner</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej		

**Genomförandeplan – Faktadel**
**Hjälpmedel**

Sid. 2(2)

Glasögon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Inkontinenshjälpmedel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Hörapparat	<input type="checkbox"/> hö	<input type="checkbox"/> vä
Tandprotes	<input type="checkbox"/> uppe	<input type="checkbox"/> nera
Duschstol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Trycksårspåbyggande hjälpmedel	<input type="checkbox"/> madrass	<input type="checkbox"/> övrigt:
Förflyttningshjälpmedel:		
Övriga hjälpmedel:		

**Säkerhet**

- Sänggrind
- Låg säng
- Grindskydd
- Rullstolsbälte
- Höftbyxa
- Golvlarm
- Larm (beskrivning av)

**Jag önskar min dörr till lägenheten låst nattetid**

- Ja
- Nej

**Jag önskar tillsyn på natten**

- Ja
- Nej

<b>Aktiviteter</b>	<b>Må</b> tidpunkt	<b>Ti</b> tidpunkt	<b>On</b> tidpunkt	<b>To</b> tidpunkt	<b>Fr</b> tidpunkt	<b>Lö</b> tidpunkt	<b>Sö</b> tidpunkt

**Datum för uppföljning:**

Underskrift kund/närstående:

.....

Underskrift kontaktperson:

.....

**Genomförandeplan – aktiviteter****Namn****Personnummer**

Sidnr.

Datum	Behov/önskemål, vad ska göras	Mål	Genomförande - hur	När	Ansvarig	Uppfölj- ning	Sign

Kundens namn / godkännande:

Kontaktperson:

.....

**Planen uppdateras minst var 6:e månad eller vid behov**