#

 Datum:

# Kartläggning

## Kontaktuppgifter

### Personuppgifter

**Namn:…………………………………………………………………………………….**

**Personnr:………………………………………………………………………………..**

**Adress…………………………………………………………………………………….**

**Telefonnr:……………………………………………………………………………….**

### Anhöriga/Närstående

**Namn: ……………………………………………………………………………………**

**Adress:…………………………………………………………………………………..**

**Telefonnr:**

**Hem……………………………Arbete………………….Mobil………………………..**

**E-mail……………………………………………………………………………………..**

### Anhöriga/Närstående

### Namn: ……………………………………………………………………………………

**Adress:…………………………………………………………………………………..**

**Telefonnr:**

 **Hem……………………………Arbete……………….Mobil………………………..**

**E-mail…………………………………………………………………………………**

### God man/förvaltare

**Namn: ……………………………………………………………………………………**

**Adress:…………………………………………………………………………………..**

**Telefonnr:**

**Hem……………………………Arbete……………….Mobil………………………..**

**E-mail……………………………………………………………………………………**

### LSS -handläggare

**Namn…………………………………………………….Telefonnr:…………………**

**E-mail……………………………………………………………………………………**

### Andra viktiga kontakter

**Namn…………………………………………………….Telefonnr:…………………**

**E-mail……………………………………………………………………………………**

**Namn…………………………………………………….Telefonnr:…………………**

**E-mail……………………………………………………………………………………**

### Vid akut händelse kontakta

**Namn…………………………………………………….Telfonnr:……………………..**

**E-mail……………………………………………………………………………………..**

### Stödperson/kontaktpersonal i verksamheten

**Namn…………………………………………………….Telefon.nr:……………………**

**E- mail……………………………………………………………………………………**

**Namn…………………………………………………….Telfonnr:……………………..**

**E-mail……………………………………………………………………………………..**

### Boende/arbete/sysselsättning/skola/förskola

**Var:………………………………………………………………………………………..**

**Kontaktpersonal:…………………………………………………………………………**

**Tider:………………………………………………………………………………………**

**Ta sig dit?.......................................................................................................................**

### Resor

(ex: arbetsresor, skolskjuts, färdtjänst, kan åka kommunalt)

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

## Uppgifter om den enskilde

### Beskrivning av funktionsnedsättningen

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Sociala nätverket

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Fritid/Intressen

**..................................................................................................**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Ekonomi/Inköp

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Behov av struktur/schema

**(vilken form av schema, hur?)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Behov av stöd/service med sysslor i hemmet

**(ex städ, tvätt, matlagning)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Hälsa/medicin

**(regelbunden medicin, behovsmedicin, kramper, allergier, tidiga tecken)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Hygien/Omvårdnadsbehov

**(ex toalett, dusch, tandvård)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Klädvård

**(stöd/service med på/av, tvätt, inköp)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Hjälpmedel/Förflyttning

**(vilken hjälp vid förflyttning)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Kommunikation

**(tecken, bilder, annat kommunikationsstöd)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Överenskommelser

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

### Övrigt

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

## Närvarande vid kartläggningen

**………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………**

### Underskrift den enskilde

### Underskrift god man/vårdnadshavare

### Underskrift kontaktpersonal