

Individuell genomförandeplan – Dagverksamhet

Namn		Personnummer
Adress	Telefon, dagtid	Portkod
Enhet	Kontaktperson	
Namn, anhörig		
Adress, anhörig	Telefon, anhörig, dagtid	
Genomförandeplan nummer	Upprättad, datum	Bilagd akten, datum

Individuell planering

Datum för planering	Datum för planerad uppföljning
Deltog i planeringen	
<hr/> <hr/>	
Om den enskilde ej deltagit, ange orsak:	Ansvarig för upprättandet av genomförandeplan

Biståndsbeslut

Datum för beslut	Datum då insatser påbörjas
------------------	----------------------------

Målsättning enligt biståndsbeslut
<hr/> <hr/>

Delmål

<hr/> <hr/>

Vardagliga vanor och rutiner – Har du några särskilda vanor, rutiner eller önskemål som vi behöver känna till?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sociala aktiviteter, intressen och relationerDeltar du i några aktiviteter?
.....Andra intressen, traditioner eller något du tycker om att göra?
.....

Personer/kontakter som är viktiga för dig?

 Anhörig Vårdcentral Hemtjänst Ev. God man Övriga**Hälsa – Är det något särskilt vi behöver känna till om din hälsa?**

Sjukdomar

Allergier

Kost, matvanor, aptit

Syn, hörsel. tal

Munvård/tandstatus

Förflyttning, rörelseförmåga, eventuellt hjälpmedel

Oro, otrygghet

Fall-/andra risker

Orientering, minnesförmåga

Larm

Till exempel vid toalettbesök, kateter, blöja

Annat
.....

Underskrift av den enskilde/närstående

Underskrift av kontaktperson

Datum för underskrift