

Checklista till samverkan var 3:e vecka

(fyll i tillsammans under mötet)

Frågeställning:

Information ärende

Initialer : _____

Födelseår: _____

Folkbokföringsadress: _____

Nuvarande Insatser: _____

Andra kontakter	Ja	Nej	Kommentar
Läkare			
Psykiatri			
Arbetsförmedling			
Försörjningsstöd			
Försäkringskassan			
Annan enhet SÅF			

Pågående eller avslutad insats	Pågår, mål med insats, uppföljning?	Avslutad när/orsak?

Utredningsmetod	Ja	Nej	Kommentarer
ASI			
IBIC			
ADAD			

Bedömning av behov	Ja	Nej	Vad, kommentar
Sociala behov			
Medicinska behov			
Fysiska behov			
Psykiska behov			
Läkarintyg			
Övrigt			
ADL			

Egna resurser	Ja	Kommentar
Bostad		
Arbete/sysselsättning		
Relationer		
Anhörig		

Risikfaktorer	Skyddsfaktorer

NULÄGE	FRAMTIDEN
Styrkor	Möjligheter
Svagheter	Hot

Önskat läge utifrån uppfattat behov (inte insatser):

Resultat:
