

# GENOMFÖRANDEPLAN

Datum när planen upprättades/reviderades:

1

.....

Personnr	Namn	Tfn
----------	------	-----

Adress med vägbeskrivning

---

---

---

Närstående

---

---

---

Godman: Namn och tfn	Datum för samt hur nästa uppföljning ska ske:	Följande personer har deltagit i planeringen: <hr/> <hr/> <hr/>
Kontaktpersonal:		

Beskriv hur den enskilde påverkat planeringen:

---

---

---

*Sätt kryss i rutan för det som finns*

Larm	Färdtjänst	Nattbesök	Nyckel	Matdistribution
Dagverksamhet	Teamrehab	Yttre hemtjänst	Växelvård	

**Läkemedelshantering** *Sätt kryss i rutan för det som finns*

Apodos	Dosett	Sköter själv	Förvaras hemma	Apodosskåpet
--------	--------	--------------	----------------	--------------

*Sätt kryss i rutan om det finns någon instruktion från*

Arbetsterapeut	Sjukgymnast	Distr.sköt/Sjuksköt.	Övrigt
----------------	-------------	----------------------	--------

Social bakgrund	Hälsa
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Rörelseförmåga/hjälpmedel	Bostadens utformning/arbetsmiljö
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Vila/aktivitet/dygnsrytm	Övrigt
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>





# Uppföljning

**Namn**

**Personnr**

Datum för uppföljning: .....

Insats: .....

Mål: .....

.....

Har målet uppnåtts? .....

Om inte målet har uppnåtts, vad är orsaken? .....

.....

Vad görs för att målet ska uppnås? .....

.....

Vilka har deltagit vid uppföljningen? .....

.....

Datum uppföljning: .....

Insats: .....

Mål: .....

.....

Har målet uppnåtts? .....

Om inte målet har uppnåtts, vad är orsaken? .....

.....

Vad görs för att målet ska uppnås? .....

.....

Vilka har deltagit vid uppföljningen? .....

.....