

GENOMFÖRANDEPLAN

Datum för upprättande: _____

Kund: _____

Personnummer: _____

Fast omsorgskontakt: _____

Biståndsbeslut ID: _____

Beslut gäller från: _____

Tidigare biståndsbeslut: _____

Övergripande mål

Insatser

Morgonbesök

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Lunchbesök

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Middagsbesök

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Kvällsbesök

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Rehabövningar

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Promenader

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Dusch

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Inköp

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Tvätt inklusive renbäddning

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Städning

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Övrig insats

Startdatum: _____

[Insatsens namn]

- Mål: _____
- Genomförande: _____
- När: _____
- Frekvens: _____
- Stödtyp: _____

Kundens önskemål och vanor

- _____
- _____
- _____
- _____

Anhörigs bidrag

Följande bidrag från anhöriga ingår inte i hemtjänstens uppdrag:

- _____
- _____
- _____

Samverkan med hemsjukvård och rehabilitering

Hemsjukvården ansvarar för:

- _____
- _____
- _____

OBS: HSL-uppgifter får endast utföras av hemtjänstpersonal efter delegering från legitimerad personal.

Specialkost och allergier

Riskbedömning

Följande risker har identifierats och ska personalen vara uppmärksam på:

- _____
- _____
- _____

Samordnad individuell plan (SIP)

Samtycke till informationsdelning

Delaktighet

Följande personer deltog i samtalet:

- ---
- ---
- ---

Uppföljning

Datum för uppföljning:

Uppföljning sker senast inom 6 månader, eller tidigare vid förändrade behov.

Signering

Ansvarig (namn och titel):

Underskrift:

Datum:

Kund / företrädare:

Underskrift:

Datum:
