

SAMORDNAD VÅRDPLAN

För person vårdad inom psykiatrisk slutenvård

Datum	Plats	Deltagit i vårdplaneringen JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Patientens/brukarens namn	Personnummer	Om nej, ange orsak:
Adress	Tel	

Slutenvården

Vistelse slutenvården	Tel
Samman kallande slutenvården	Tel
Patientansvarig läkare	Tel
Chefsöverläkare	Tel
Annan (ange funktion)	Tel

Öppenvård psykiatri

Namn, funktion	Tel
Namn, funktion	Tel

Primärvården

Namn, funktion	Tel
Namn, funktion	Tel

Kommunen

Namn Ansvarig handläggare, myndighetsutövning kommunen	Tel
Namn, funktion	Tel
Namn, funktion	Tel

Övriga

God man/förvaltare	Tel	Medverkat på mötet JA NEJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Om nej ange orsak:
Närstående	Tel	Medverkat på mötet JA NEJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Om nej ange orsak:

Övriga medverkande

Namn, funktion	Tel
Namn, funktion	Tel
Namn, funktion	Tel

Uppföljningsansvar

Namn, funktion	Uppdrag/mandat
Namn, funktion	Uppdrag/mandat
Namn, funktion	Uppdrag/mandat

Patientens/brukarens önskemål om insatser

(ev legal företrädare/närståendes önskemål/synpunkter)

Medicinska/psykiatriska stödbehov

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Psykologiska stödbehov

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Fysisk hälsa/ohälsa inklusive munhälsa

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Sociala behov

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Missbruks- och/eller beroendevård (prevention)

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Behov av stöd i relationen till egna barn

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Omvårdnadsbehov (ADL etc)

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Konkreta rehabiliteringsbehov/hjälpmedel

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Riskbedömning/riskhantering

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Tidiga tecken på återinsjuknande

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Krisplan

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Övrigt

Behov	Insats	Utförare	Ansvarig	Uppföljning

Jag samtycker till samarbete och nödvändigt informationsutbyte mellan behörig personal hos de huvudmän som uttryckligen är ansvariga för åtgärder och genomförande såsom framgår av ovanstående vårdplan. Jag är medveten om att samtycket när som helst kan återkallas av mig.

Datum.....

Namn.....

Observera att samtycke inte är nödvändigt vid tvångsvård enligt LPT alternativt LRV. Undantag från regeln från samtycke ska dock göras med urskiljning och varsamhet enligt 14 kap 2 § sekretesslagen (1980:100).

Den samordnade vårdplanen godkänns

Datum.....

Underskrift patient/brukare:	
Underskrift för slutenvården:	Titel:
Underskrift för öppenvården:	Titel:
Underskrift för kommunen:	Titel:
Övrig (ange):	Titel:
Övrig (ange):	Titel:
Övrig (ange):	Titel:
Övrig (ange):	Titel:

Tid för nästa möte.....

Vem kallas: