



Namn
Personnr
Adress
Telefon
Mål med beslutade insatser
Personlig omvårdnad, hygien övre toalett
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personlig omvårdnad, hygien nedre toalett
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personlig omvårdnad, på/avklädning
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personlig omvårdnad, toalettbesök
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inkontinenshjälpmedel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vägbeskrivning
Ta med nyckel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Larm/Portkod: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Trygghetslarm: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Färdtjänst
<input type="checkbox"/> Medresenär
<input type="checkbox"/> Reser med hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Husdjur följer med
Övriga upplysningar
<input type="checkbox"/> Rökare
<input type="checkbox"/> Husdjur
Personlig omvårdnad, dusch
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hårvård
Naglar
Smörjning
Måltidsdistribution
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Öppna och lägga upp
Middagshjälp
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personlig omvårdnad, munhygien
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Egna tänder: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Protes: <input type="checkbox"/> Överkäke <input type="checkbox"/> Underkäke
Annan info
Förflyttning
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



Läkemedelshantering
Behov av hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
HSL insatser
Kommunikation
Hörapparat: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Glasögon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annan info
Dubbelbemanning
Tillsyner samt ca tider
Natthjälp/tillsyner
Viktigt att veta

Städ
Beviljad hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inköp
Beviljad hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inköpslista
Tvätt
Beviljad hjälp: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Renbäddning
Morgonhjälp
Kvällshjälp



Namn		Personnummer	
Kontaktman			
Skall närstående kontaktas nattetid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, i så fall vem?	
Närstående 1		Närstående 2	
Namn		Namn	
Relation		Relation	
Gatuadress		Gatuadress	
Postadress		Postadress	
Tel hem	Tel – mobil	Tel hem	Tel – mobil
Tel – arb	E-post	Tel – arb	E-post
God man			
Namn		Tel hem	Tel – mobil
Annan info		Tel arb	E-postl
Kontakter			
Hemtjänstgrupp			Tel
Enhetschef			Tel
Patientansvarig läkare/vårdcentral			Tel
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska			Tel
Arbetssterapeut			Tel
Sjukgymnast			Tel
Biståndshandläggare			Tel
Övrigt			

