

 <b>Östra Göinge</b> kommun	<b>Upprättad av</b> Medicinskt ansvarig sjuksköterska	<b>Berörda verksamheter</b> Hälsa och omsorg	<b>Fastställt datum</b>
<b>Dokumentnamn</b> Checklista kund/patients delaktighet	<b>Ledningssystem</b> Enligt SOSFS 2011:9	<b>Handbok för hälso- och sjukvård</b>	<b>Diarienummer</b>

Namn: ..... Personnummer: ..... Datum för teamträff .....

### Situation:

Finns det något problem/situation som kund/patient önskar lyfta på teammöte/SIP/uppföljningsmöte där fast omsorgskontakt/kontaktperson, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, biståndshandläggare, dietist, demenssköterska eller annan träffas?

### Bakgrund:

Vilken bakgrund/anledning finns till problemet kund/patient vill lyfta?

Kund/patient medverkar fysiskt på mötet: Ja  Nej  Om nej beskriv varför:

### Aktuella uppgifter:

Be kund/patient utförligt beskriva situationen/problemet som ska lyftas på mötet.

### Rekommendation:

Återkoppla till kund/patient vad som lyftes/beslutades på teammötet, hur situationen/problemet kan lösas, vad som ska ske och på vilket sätt kund/patient önskar vara delaktig i lösningen.

**Fast omsorgskontakt:** (namn): ..... **Sjuksköterska:** (namn): .....

**Arbetsterapeut:** (namn): ..... **Fysioterapeut:** (namn): .....

**Övrig person:** (funktion, namn): .....

Blanketten lämnas till kund/patient som information.

Samtliga professioner ansvarar för att vid behov dokumentera i verksamhetsystemet enligt gällande rutin för dokumentation.