

 Östra Göinge kommun	Upprättad av Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Berörda verksamheter Hälsa och omsorg	Fastställt datum 2023-11-15
Dokumentnamn Checklista kund/patients delaktighet	Ledningssystem Enligt SOSFS 2011:9	Handbok för hälso- och sjukvård	Diarienummer

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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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 verksamhetssystemet enligt gällande rutin för dokumentation.