

Kallelse till SIP-möte

Bilaga till: [Lifecare SP- driftstopp](#)

Patient accepterar upprättande av SIP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Samtycker att informationsöverföring: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Legal företrädare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Personnummer:
Närstående, namn:	Namn:
Telefon hem:	Nuvarande bostadsadress:
Telefon arbete:	Telefon:

Vårdenhet:	
Avdelning:	Telefon:

Kallelse till SIP-möte

<input type="checkbox"/> Videokonferens <input type="checkbox"/> Telefonmöte <input type="checkbox"/> Möte på sjukhus <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> I hemmet		
<input type="checkbox"/> Planering <input type="checkbox"/> SIP upprättande inom öppenvård <input type="checkbox"/> SIP uppföljning inom öppenvård <input type="checkbox"/> SIP upprättande i öppenvård i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår <input type="checkbox"/> SIP uppföljning i öppenvård i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår <input type="checkbox"/> SIP upprättande vid utskrivning från slutenvård övriga <input type="checkbox"/> SIP uppföljning vid utskrivning från slutenvård övriga		
Mötesdatum:	Starttid:	Sluttid

Agenda/Kommentar:

--

Meddelandemottagare

<input type="checkbox"/> Slutenvård	
<input type="checkbox"/> Primärvård	
<input type="checkbox"/> Kommun	
<input type="checkbox"/> Psykiatrisk öppenvård	
<input type="checkbox"/> Annan part	
<input type="checkbox"/> Patienten deltar på mötet	
<input type="checkbox"/> Närstående deltar på mötet	

Datum:	Klockslag:	
Uppgiftslämnare:		Titel:
Namnförtydligande:		

SIP dokumentationen efter mötet görs i [Samordnad individuell plan](#).

Återtaget SIP-möte

Datum:	Orsak:	
Uppgiftslämnare:		Titel:

Uppdaterat från föregående version

Uppdaterat länk samt ändrat från word till pdf format

Tidigare versionsupdateringar

Detta dokument är framtaget i samverkan mellan Region Halland och kommunerna.
Uppdaterat från Lifecare SVP till Lifecare SP.