

Samverkan vårdplanering öppenvård - överenskommelse 1(2)

Bilaga till: [Samverkansrutinvård och omsorgsplanering](#)

Ifylld blankett är en journalhandling

Patientens namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Närståendes namn	Telefonnummer:

Aktuell information enligt **SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt – Rekommendation**

Patienten samtycker till kontakt mellan vårdcentral och hemsjukvård

Telefonkontakt önskas

SIP (Samordnad individuell plan) önskas

Ansvarig kontaktperson/leg.personal:

Telefonnummer:

Ansvarig läkare:

Telefonnummer:

Vårdcentral:

Telefonnummer:

Kommun/enhet:

Telefonnummer:

Kvitteras av mottagare

Datum:	Underskrift:
Titel eller enhet:	Titel eller enhet:

Samverkan vårdplanering öppenvård – överenskommelse 2 (2)

Bilaga till: [Samverkansrutinvård och omsorgsplanering](#)

Ifylld blankett är en Journalhandling

Patientens namn:		Personnummer:	
Patientens upplevda behov:			
Patientens bedömda behov:			
Mål:			
Planerade insatser:			
Egenvård:			
Vårdplanen upprättad: (ååmmdd)		Vårdplanen börjar gälla: (ååmmdd)	
Datum:	Underskrift av legitimerad personal:		
Titel eller enhet:	Namnförtydligande		
<input type="checkbox"/> Kopia patient	<input type="checkbox"/> Kopia vårdcentral	<input type="checkbox"/> Kopia kommun	

Avslutad som hemsjukvårdspatient

Datum:	Underskrift / Namnförtydligande:
--------	----------------------------------

Uppdaterat från föregående version

Ändrat från word till pdf