

Samordnad individuell plan (SIP)

Denna SIP kan användas för samtliga målgrupper när inte SIP i IT-stödet Lifecare kan användas.

SIP upprättad	datum
---------------	-------

Samtycker till upprättande av SIP (den enskilde/god man/vårdnadshavare)	
Samtycker till informationsöverföring	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Personuppgifter

Namn		Personnummer	
Adress		Telefon	
Postnr ort		Mailadress	
	Namn	Telefon	mailadress
Närstående			
Vårdnadshavare			
God man/förvaltare			
Övrigt			

Övriga kontaktuppgifter

Fast vårdkontakt	
Fast läkarkontakt	
Patientansvarig sjuksköterska i kommunen	
Handläggare/socialsekreterare	
Kontaktperson inom skolan	
Tolkbehov (ja/nej, språk)	
Minderåriga barn (ja/nej, ålder)	
Annan	

Samordnaren för denna SIP är

Namn	Telefon	Förvaltning/enhet	mailadress



SIP-möte		datum		klockslag	
Kallade	Medverkande	Relation/ titel	Enhet	Kontaktuppgift	

Kallade men ej medverkande:

Min nuvarande situation är så här - kartläggning

Exempelvis: Aktivitet och delaktighet- aktivitetsbegränsning, kroppsfunktion - funktionsnedsättning och omgivningsfaktorer- underlättande eller hindrande.



Huvudmål

Målbekrivning

Vi är överens om följande planering och insatser

(inkluderar samordning mellan vård- och omsorgsaktörer och egenvård)

Behov/delmål	Beskrivning insats	Vem gör insatsen/ ansvarig deltagare	Hur/när sker uppföljning

Bra att veta förutom mål/delmål:

Uppföljning/utvärdering

Datum		Ansvarig för uppföljningsmötet	
Det här har vi gjort	Så här har det gått	Insatsen avslutas	Detta behövs nu

Ja Nej

Patient/brukare godkänner innehållet i SIP:en

Jag önskar ett exemplar av min SIP

God man/vårdnadshavare godkänner innehållet i SIP:en

Datum _____

Avslut av SIP	
datum	kommentar