


Min vårdplan



Min vårdplan får du för att du ska kunna vara delaktig i din vård i den utsträckning du önskar. Vårdplanen ska bidra till att du känner dig trygg och välinformerad, att du har inflytande över det som är viktigt för dig och att du förstår vad som händer under utredning och behandling.

Ta med din vårdplan vid dina besök och fyll gärna i den tillsammans med vårdpersonal.

Kontaktuppgifter

Ansvarig läkare:

Kontaktsjuksköterska:

Telefonnummer:

Telefontider:

Kurator:

Sjukgymnast/fysioterapeut:

Arbets terapeut:

Information

- Är du över 16 år har du möjlighet att läsa din journal på nätet om du har en e-legitimation.
- Du har rätt till en förnyad medicinsk bedömning (second opinion).
- Du har rätt till en fast vårdkontakt.
- Du kan få ersättning för en del av dina resekostnader.
- På www.1177.se/cancer kan du läsa mer om cancer och dina rättigheter som patient.

Egenvård

Egna resurser

.....

.....

Egna anteckningar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Praktiska frågor

.....

.....

.....

Utredning

Jag utreds för:

.....

Mina behov av information:

.....

Jag har behov kopplade till:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sömn | <input type="checkbox"/> Rädsla | <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet |
| <input type="checkbox"/> Kost | <input type="checkbox"/> Arbete/studier | <input type="checkbox"/> Tobaksvanor |
| <input type="checkbox"/> Oro | <input type="checkbox"/> Smärta | <input type="checkbox"/> Minderåriga barn |
| <input type="checkbox"/> Relationer | <input type="checkbox"/> Sexualitet | <input type="checkbox"/> Livsåskådningsfrågor |
| <input type="checkbox"/> Trötthet | <input type="checkbox"/> Närstående | |
| <input type="checkbox"/> Vikt | <input type="checkbox"/> Praktiska problem | |

Annat, nämligen:.....

Mål:.....

Åtgärd:.....

Tidsplan:.....

Uppföljning:.....

Behandling

Diagnos och information om sjukdomen:

.....

.....

Behandling:

.....

.....

.....

Mina behov av information:

.....

.....

Information om effekter och bieffekter av behandling:

.....

.....

Uppföljning och återkoppling av given behandling:

.....

Rehabilitering

Jag har behov kopplade till:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sömn | <input type="checkbox"/> Rädsla | <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet |
| <input type="checkbox"/> Kost | <input type="checkbox"/> Arbete/studier | <input type="checkbox"/> Tobaksvanor |
| <input type="checkbox"/> Oro | <input type="checkbox"/> Smärta | <input type="checkbox"/> Minderåriga barn |
| <input type="checkbox"/> Relationer | <input type="checkbox"/> Sexualitet | <input type="checkbox"/> Livsåskådningsfrågor |
| <input type="checkbox"/> Trötthet | <input type="checkbox"/> Närstående | |
| <input type="checkbox"/> Vikt | <input type="checkbox"/> Praktiska problem | |

Annat, nämligen:

Mål:

Åtgärd:

.....

.....

Tidsplan:

Uppföljning:

.....

.....

