

Namn  
Adress  
Postadress + ort

Kallelse till SIP-möte

Namn, personnummer.

Detta möte är till för:

Vårdnadshavare.

Samtycke lämnats för genomförande av:

Mötet är till för att kartlägga vilka insatser representerade verksamheter kan bidra med för att tillgodose patientens namn.’s behov.

Också angeläget att ta ställning till om fler verksamheter behöver bjudas in till kommande möten.

Inbjudna till mötet är:

Inbjudan är sammanställd tillsammans med:Vårdnadshavare/patient

Vid mötet skall en samordnad plan utformas (SIP).

Datum för uppföljning av SIP kommer att bokas och vem som ansvarar för att uppföljande möte genomförs.

Datum/tid:

Plats:

Mötet kommer att ledas av:

För dokumentation och utskick av minnesanteckning ansvarar:

Välkommen

Klicka här för att ange text.