



Bilaga 3

Checklista – Samordnad individuell Plan (SIP)

Checklistan kan användas i sin helhet eller endast del av den beroende på vad som är aktuellt vid tidpunkten när systemet ligger nere.

Patient person nr:	
Namn	

Initiativ

SIP initierat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____
Samtycke inhämtat:	Ja ☐ Nej ☐ Menprövning av ☐ Titel: _____ Datum: _____
Informerat till:	Aktörer: ☐ ☐ ☐ ☐ Sign: _____

Kallelse till Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____
Kallade:	Aktörer: ☐ ☐ ☐ ☐ Övriga deltagare: ☐ ☐ Sign: _____

Kallelse till uppföljning av Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn: _____ Titel: _____ Datum: _____
------------	---------------------------------------



Region
Västernorrland

Kallade:	Aktörer:	Sign:
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	
Kallade:	Övriga deltagare:	Sign:
	☐	
	☐	

Kallelse till Utvärdering och avslut av Samordnad Individuell plan

Kallat av:	Namn:	Titel:	Datum: _____
Kallade:	Aktörer:	Sign:	
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
Kallade:	Övriga deltagare:	Sign:	
	☐		
	☐		