Sammanhållen vårdplan del 2a – Vid uppföljning

Sker av MOD-teamet, gärna kommunal personal.

Namn: _____

Personnummer: _____

Munhälsa 	☐ Utfärdande av tandvårdskort, datum:_____
Nutrition/vikt 	☐ Jag behöver stöd vid måltid. Kontakt har förmedlats till biståndshandläggare, datum:_____ ☐ Jag behöver råd från dietist eller förskrivna näringsdrycker. Kontakt har förmedlats till hälso-/vårdcentral, datum:_____ *(Lokal lösning)*
Stöd och hjälpmedel 	Råd för stöd i vardagen: Kognitiva och fysiska hjälpmedel (förskrivna): Kontakt med arbetsterapeut förmedlas, datum:_____ Kontaktuppgifter till arbetsterapeut:

Aktiviteter 	Jag skulle må bra av att:
Stödinsatser 	Jag ansöker idag om: ☐ Trygghetslarm ☐ Spisvakt ☐ Dagverksamhet ☐ Korttidsplats/växelvård ☐ Särskilt boende ☐ Hemtjänst, för hjälp med:
Läkemedel 	☐ Sköter min medicin själv ☐ Tar ur förpackning ☐ Har dosett ☐ Har dospåsar ☐ Har en läkemedelsrobot ☐ Har hjälp av anhörig / personal ☐ Jag ansöker idag om hjälp med mina mediciner *(Notera dagens datum längst ned på blanketten.)*
Anhörigstöd 	Information har idag lämnats till mina anhöriga om: ☐ Anhörigutbildning, demensskola, stödgrupp ☐ Anhörigkonsulent ☐ Kontakt med anhörigkonsulent förmedlas ☐ Övrigt, ange vad:_____

Övrig info 	Information har idag lämnats till mina anhöriga om: ☐ Utbildning, stödgrupp ☐ Stödsamtal ☐ FINGER-grupp ☐ Övrigt, ange vad:_____
Uppföljning 	Här anges ungefärligt i tid som MOD-teamet kommer att kontakta mig nästa gång:_____ Uppföljning sker via: ☐ Hembesök ☐ Telefonsamtal
Övrigt 	

Denna vårdplan är upprättad av

Hälso-/vårdcentral _____

Behandlande läkare _____

Signatur _____

Datum _____