Sammanhållen vårdplan del 2b
- Uppföljning årskontroll

Sker av läkare vid utredande enhet.

Namn: _____

Personnummer: _____

Diagnos 	Eventuell förändring av diagnos:
Läkemedel 	Eventuell förändring i min medicinska behandling:
Läkemedel 	☐ Tar ur förpackning ☐ Har dosett ☐ Har dospåsar ☐ Har en läkemedelsrobot ☐ Har hjälp av anhörig ☐ Har hjälp av hemtjänst ☐ Jag ansöker idag om hjälp med mina mediciner Datum:_____
Nutrition/vikt 	Min nuvarande vikt: ☐ Jag behöver stöd vid måltid. Kontakt har förmedlats till biståndshandläggare, datum: ☐ Jag behöver kostråd. Remiss har skickats till dietist, datum:_____
Munhälsa 	Har giltigt tandvårdskort? ☐ Ja ☐ Nej Tandvårdskort utfärdas, datum:_____

Stöd och hjälpmedel 	Jag har behov av kognitiva hjälpmedel / stöd i vardagen: ☐ Ja ☐ Nej, inte aktuellt Kontakt med arbetsterapeut förmedlas, datum:_____
Stödinsatser 	Jag har inte kontakt med kommunens stöd idag men skulle vilja ha det. ☐ Jag önskar att ni hjälper mig med kontakt med demensteam/MOD och ger mitt samtycke till samplanering. Underskrift (*):
Återbesök läkare 	Tidpunkt för nästa läkarbesök/uppföljning, ca_____månader.
Mer kunskap och information 	☐ Jag har fått **Min pärm** i fysisk form / digitalt på 1177.se/stöd och behandling. ☐ Jag har fått information om utbildning / stödgrupp Anmälan sker till:_____ *(Lokal lösning)*
Anhörigstöd 	Information har idag lämnats till mina anhöriga om: ☐ Anhörigutbildning, demensskola, stödgrupp *(Lokal lösning)* ☐ Anhörigkonsulent ☐ Demenssköterska *(Lokal lösning)* ☐ Information om riktat stöd för barn/unga/vuxna <35 år ☐ Övrigt, ange vad:_____

(*) Obs! Om den enskilde önskar stödinsatser ska den ifyllda blanketten skrivas ut och signeras för samtycke.

Denna vårdplan är upprättad av

Hälso-/vårdcentral _____

Behandlande läkare _____

Signatur _____

Datum _____