

Samordnad individuell plan – Dokumentationsplan Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner

Datum:

Samordnad individuell plan Enligt SoL 2 kap 7 §, HSL 16 kap 4§,
Planen hanteras som sekretesshandling inom varje berörd verksamhet.

Personuppgifter brukare

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

Personuppgifter vårdnadshavare

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	E- postadress

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

Personuppgifter anhörig/närstående/legal företrädare

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

Samtycke inhämtat (Offentlighets- och sekretesslagen 12 kap 2 §)

Datum: Muntligt Skriftligt (separat formulär)

Revideringsdatum: 2019-09-25



Närvarande på mötet

Namn	Verksamhet	Funktion/relation

Övergripande ansvar för planen, samordnare och funktion

Initiativtagare till mötet (namn, organisation, funktion)

Aktuell situation/kartläggning

Mål med insatsen/insatserna

Huvudmål (formuleras utifrån frågan "Vad är viktigt för dig?"):

Delmål:

--

Vilka insatser behövs och vem ansvarar för vad? När skall insatsen ske?

Insatser	Ansvarig	Påbörjas (datum)	Avslutas (datum)

Insatser från andra än ovanstående aktörer

Individens uppfattning om insatserna

Vårdnadshavarnas uppfattning om insatserna

Delaktighet vid upprättande av planen

Den enskilde har medverkat. Ja Nej Om inte, varför?

Närstående har medverkat. Ja Nej Om inte, varför?

Planerat uppföljningsdatum:

Underskrifter

Den enskilde (namn och datum)

Legal företrädare (namn och datum)

Vårdnadshavare (namn och datum)

Vårdnadshavare (namn och datum)

Uppföljningsansvarig/Samordnare

Uppföljningsmöte:

Datum:

Vid uppföljningsmötet ska en utvärdering av huvudmål och delmål göras:

+2 mycket bättre än förväntat

+1 bättre än förväntat

0 förväntat resultat

-1 sämre än förväntat

-2 mycket sämre än förväntat

Huvudmål:

Målbeskrivning	Ansvarig	Påbörjat (datum)	Avslut (datum)	Måluppfyllelse (+2,+1, 0,-1,-2)

Kommentarer: _____

Delmål:

Målbeskrivning	Ansvarig	Påbörjat (datum)	Avslut (datum)	Måluppfyllelse (+2,+1, 0,-1,-2)

Kommentarer: _____

Samordnad individuell plan (enligt SoL 2 kap 7 §, HSL 3 f §), **avslutas:**

Datum:

Uppgifterna kommer att hanteras i enlighet med reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR).