

Bilaga 2

RAPPORT OM BRISTER/RISKER GÄLLANDE EGENVÅRD MED HJÄLP

(Kommunen)

Uppgiftslämnare:	Handläggare/chef:	Datum:
Telefonnummer:	Verksamhet (namn och adress):	
Ansvarig vårdenhet/vårdgivare:		
Avser: Personnummer: Namn: Adress: Postadress:		
Omständigheter/observationer som föranleder avvikelser		
Den enskilde /företrädaren är informerad om rapporteringen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Chefs underskrift		

Chef skickar blanketten till berörd vårdenhet. (Kopia skickas i förekommande fall till biståndshandläggare.)

(Landstinget)

Bedömning gällande avvikelse vid egenvård har skett (datum):
Bedömningen resulterade i att: <input type="checkbox"/> Planering av bedömd egenvård kvarstår <input type="checkbox"/> Nyplanering av bedömd egenvård <input type="checkbox"/> Åtgärden övergår till hälso- och sjukvårdsansvar
Underskrift:
Namnförtydligande
Befattning:
Telefonnummer:

Skickas tillbaka till chef i kommunen enligt ovan (som i förekommande fall i sin tur skickar kopia till biståndshandläggare).