



GENOMFÖRANDEPLAN FÖR SERVICEINSATSER.

Denna genomförandeplan gäller för verksamhetsområde: _____ Datum: _____

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	

Närstående/God man/Förvaltare

Namn	Relation
Adress	Postadress
Telefonnummer	
Namn	Relation
Adress	Postadress
Telefonnummer	
God man/förvaltare	Telefon



Viktiga kontakter

Kontaktperson - LOV	Telefonnummer
Enhetschef - omvårdnad	Telefonnummer
Kontaktman på eventuell hemtjänst-omvårdnad	Telefonnummer

Beviljade insatser utöver denna.

Ex. omvårdnad av hemtjänst, dagvård, dagligverksamhet, växelvård m.m.

Färdtjänst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Nej	Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Matlagning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Nyckel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	---	--	--

HSL-insatser ex. rehabiliteringsplan, omvårdnadsplan

Handlingsplan vid särskilda händelser (ex. när inte personen öppnar dörren m.m.)

--



Samtycke till kontakt med andra utanför den egna verksamheten

Samtycke till kontakt med	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	T o m
Samtycke till kontakt med	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	T o m
Samtycke till kontakt med	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	T o m
Samtycke till kontakt med	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	T o m
Samtycke till kontakt med	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	T o m



Överenskommelse med kunden (med kommunal finansiering)

Serviceinsatser (VAD)	Hur ofta (ex. en gång per vecka)	Dag och ungefärlig tidpunkt	VEM ger insatsen (kommun alt. bolag)
Dammning			
Dammsugning			
Golvtorkning			
Diskning			
Avfrostning och rengöring av kyl/frys			
Ugns- och spisrengöring			
Uttorkning av köksskåp och rengöring av köksluckor			
Städning av balkong och uteplats			
Fönsterputs			
Inköp eller uträtta ärenden			

Mål					
Bostaden(VAD)	Klarar själv	Behöver hjälp med - HUR ges insatsen	NÄR ges insatsen	VEM ger insatsen	Datum/sign
Städning	<input type="checkbox"/>				
Bäddning	<input type="checkbox"/>				
Inköp	<input type="checkbox"/>				
Tvätt	<input type="checkbox"/>				
Ekonomi	<input type="checkbox"/>				
Vattna blommor	<input type="checkbox"/>				
Särskilda behov och önskemål:					
Utvärdering					



Datum och medverkande vid upprättande

Datum för upprättande	Ansvarig för upprättande	Närvarande vid upprättande	Underskrift av brukare eller företrädare	Datum för utvärdering