

Samordnad individuell plan (SIP)

1. Planering och Samtycke

Planering

| | |
|-------------|---------------------|
| <i>Namn</i> | <i>Personnummer</i> |
|-------------|---------------------|

Jag vill ha en samordnad planering inom följande områden (*sätt kryss och förtydliga vid behov*):

| | <i>Livsområde</i> | <i>Förtydligande</i> |
|--|--------------------|----------------------|
| | Kommunikation | |
| | Förflyttning | |
| | Personlig vård | |
| | Hemliv | |
| | Känsla av trygghet | |
| | | |
| | | |

Samtycke

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra ska kunna samordna sina insatser inom ovanstående områden ger jag dem, som anges nedan, mitt tillstånd att diskutera dessa områden.

| | <i>Roll/funktion</i> | <i>Namn (person eller verksamhet)</i> |
|--|----------------------|---------------------------------------|
| | Anhörig | |
| | Biståndshandläggare | |
| | Hemsjukvård | |
| | ASIH | |
| | Rehabilitering | |
| | Hemtjänst | |
| | IFO Stöd och service | |
| | | |



Samtycket gäller fram till datum:

(6 månader - 1år rekommenderas)

Jag har rätt att när som helst ta tillbaka detta samtycke genom att kontakta:

| <i>Ort/datum</i> | <i>Namnteckning</i> | <i>Namnförtydligande</i> |
|------------------|---------------------|--------------------------|
| | | |

Kommentar: