**Datum för SIP:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Den enskildes namn** | **Personnr** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samordningsansvarig** | **Telefon** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fast vårdkontakt** | **Telefon** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uppföljning, datum och tid** | **Plats** |

# Deltagare på mötet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn**  (V.g. texta alla namn) | **Verksamhet + yrkeskategori**  (t.ex. kommun/förvaltning/enhet) | **Telefonnummer** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Huvudmål / Målbeskrivning

|  |
| --- |
|  |

# Delmål – Mitt hemliv

*Avser de dagliga sysslor som görs i den enskildes hem, bostadens utformning samt trygghet och struktur.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min fritid

*Avser möjligheten att utöva intressen, föreningsliv, idrott.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Mitt sociala liv

*Avser att upprätta och bibehålla det sociala livet med kontakter, nätverk, närstående, anhöriga, vänner.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min samhällsgemenskap

*Avser möjligheten att delta samt upprätthålla kontakter i samhället*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min hälsa

*Avser fysisk och psykisk hälsa. Förebyggande och uppföljande.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min kommunikation

*Avser den enskildes förmåga att förmedla sig, förstå och göra sig förstådd*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min sysselsättning

*Avser sysselsättning dagtid.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min ekonomi

*Avser min förmåga att hantera min ekonomi.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min personliga hygien

*Avser av- och påklädning, ta fram kläder. Hjälp med hygien (ex. dusch, daglig hygien och toalett, byte av inkontinenshjälpmedel, tandborstning).*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min matsituation

*Avser nutrition. Hur äter jag: via munnen, sondmat, dropp.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min sömn

*Avser hur/när jag sover, sömnproblematik, hjälpmedel.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

# Delmål – Min rörelse/förflyttningsförmåga

*Avser min förmåga att röra mig.*

|  |
| --- |
|  |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |

## Insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Ansvarig verksamhet** (endast 1 ansvarig per insats) | **Namn** | **Telefonnummer** |