



## Bedömning av egenvård

Bedömning utförd och beslutad av behandlade legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (t ex läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut).

Vid förändring av åtgärd ska egenvårdsbedömningen omprövas, nytt beslut fattas och ny blankett upprättas.

Patientens namn:		Personnummer:	
Ansvarig för bedömning och beslut Namn:		Befattning:	
Enhet:		Datum:	
Riskanalys utförd: Ja Nej			
Åtgärd som ska utföras:			
Åtgärden ges som egenvård då den utförs av:	Patienten själv Närstående/Vårdnadshavare Personlig assistent	Kommunal SoL/LSS-personal Personal från förskola/skola Annan:	
Hur och av vem ges information/instruktion om åtgärden? Muntligt Skriftligt Praktiskt Via tolk      Ange språk:      Ansvarig:			
Vilken information/instruktion ges? (informationsmaterial bifogas lämpligen)			
Var uppmärksam på /symtom att beakta			
Vid akuta situationer kontaktas Namn:      Telefonnummer:			
Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktas Namn:      Telefonnummer:			
Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningen Ansvarig:      Planerat datum:			

Underskrift legitimerad yrkesutövare

Underskrift patient/vårdnadshavare/deltagande part