Egenvård - Avisering om enskild persons otillfredsställande egenvård i ordinärt boende - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Kommunens ansvar

Uppgiftslämnare:	Handläggare/enhetschef:
Telefonnummer:	Adress:
Berörd hälsocentral:	Berörd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal personal:
Avser (person): Personnummer: Adress: Telefon:	
Återkommande omständigheter/observationer som föranleder uppföljning:	
Underskrift av ansvarig för lämnade uppgifter: ..... Datum:.....	
Den enskilde/anhörig/rättslig företrädare är informerad om vidtagen åtgärd. (grundregel) Ja ☐ Nej ☐	

Region Gävleborgs ansvar

Jag har tagit emot avisering (underskrift av vårdenhetschef/ansvarig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal) ..... Datum:.....
Bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal: ..... Datum:..... Bibehåller egenansvar, reviderad planering bifogas ☐ Hälso- och sjukvårdsansvar ☐

Kommunens chef/handläggare skickar blanketten till berörd Hälsocentral. Kopia skall finnas hos biståndsenheten.