

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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>
Hälso- och sjukvårdsansvar <input type="checkbox"/>

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