Egenvård - Planering - Region Gävleborg och Kommunerna. Länsgemensamt formulär

Ansvarig vårdenhet:	Datum:
Patient Personnr: Namn:	Adress Postadress
Följande hälso- och sjukvårdsåtgärd har bedömts som egenvård:	
Beskriv gärna syftet med åtgärden, och om möjligt om det är tidsbestämt alt. tills vidare:	
Frekvens (antal gånger per dag/vecka):	Uppskattad tidsåtgång per tillfälle:
Kan patienten självständigt ansvara för egenvården? ☐ Ja ☐ Nej Egenvården planeras i samråd med utföraren: Roll:	Har en analys gjorts om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård? ☐ Ja ☐ Nej Fritext:
Förväntas patienten självständigt utföra egenvården? ☐ Ja ☐ Nej Egenvården utförs av: Roll:	Hur ges information och instruktioner till dem som skall utföra egenvården? Fritext:
Om patienten riskerar att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvårdsåtgärden, vilka åtgärder ska vidtas och vem ska kontaktas? Åtgärd: Kontakta: Telefon:	
Vilka åtgärder skall vidtas och vem skall kontaktas om patientens situation förändras? Åtgärd: Kontakta: Telefon:	
Uppföljning av egenvårdsåtgärden av ansvarig leg. vårdpersonal ska ske senast: Datum: Fritext:	Egenvårdsplaneringen är giltigt t.o.m.: Datum: Fritext:
Underskrift ansvarig legitimerad vårdpersonal: Namnförtydligande: Titel: tfn: Underskrift:	

Egenvårdsplaneringen skickas till beställaren.
Patienten ges en kopia.