



SIP, Samordnad individuell plan

En SIP, Samordnad individuell plan, samlar dina behov, dina insatser och vem som ansvarar för dessa insatser, på ett ställe, utifrån vad som är viktigt för dig. De personer som deltar i SIP-mötet har sedan möjlighet att ta del av denna plan. Se vidare instruktioner i bilaga.

Ny SIP Ny SIP efter utskrivning från slutenvård

Uppföljning av en tidigare SIP

Behov uppmärksammat av

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skola | <input type="checkbox"/> Den enskilde |
| <input type="checkbox"/> Socialtjänst | <input type="checkbox"/> Närstående |
| <input type="checkbox"/> Regional hälso- och sjukvård | <input type="checkbox"/> Annan: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Kommunal hälso- och sjukvård | |

Planen tillhör

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

Vårdnadshavare 1 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

Vårdnadshavare 2 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

Tid och plats

Datum för mötet	Tid för mötet (start- och sluttid)
Plats för mötet	Kommentar



Syfte *Varför ska vi träffas? Mitt långsiktiga mål – vad är viktigt för mig?*

Frågor *Vilka frågor ska vi prata om?*

Vad fungerar bra för mig sett till det som dagens möte gäller?

Vad fungerar inte för mig sett till det som dagens möte gäller?

Vilka behov har närstående/anhöriga/vårdnadshavare?

Vad kan jag själv göra för att nå mitt långsiktiga mål?



Delmål: Vad är viktigt för mig på kort sikt?	Insatser/aktiviteter: Vad ska göras och när?	Ansvarig: Vem ska göra det?	Uppföljning



Kommentar

--

Kallade/Närvarande

Kallade (Namn, funktion/relation/verksamhet, telefon)	Närvarande
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Huvudansvarig SIP/Huvudansvarig fast vårdkontakt

Namn	Verksamhet
Telefon	

Jag godkänner innehållet i SIP

Jag godkänner innehållet i min SIP

Min namnteckning (ej nödvändigt att skriva under)

Alternativt vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för mig.



Uppföljning av SIP ska ske

Plats	Datum och tid (start- och sluttid)
-------	------------------------------------

Kallade (Namn, funktion/relation/verksamhet, telefon)
